Perforationen und Kranioklasien

aus der

Münchner kgl. Universitäts-Frauenklinik

1900—1905 incl.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Yasuzo Karaki,

prakt. Arzt aus Japan.

München 1906.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Perforationen und Kranioklasien

aus der

Münchner kgl. Universitäts-Frauenklinik

1900—1905 incl.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Yasuzo Karaki,

prakt. Arzt aus Japan.

München 1906.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zur Drucklegung.

Referent:

Herr Geheimrat Professor Dr. von Winkel-München.

Geschichtliche Einleitung.

Es gibt wohl kaum eine Operation, über welche seit den ältesten Zeiten so viel geschrieben und über deren moralische und juristische Berechtigung so viel gestritten worden ist, wie die Perforation des kindlichen Kopfes. Schon im Altertum wurden die Zerstückelungsoperationen ausgeführt. Hippokrates (460—377 v. Chr.) kennt ein zum Eröffnen des Schädels gebräuchliches μαχαίριον (gladiolum) und ein zu dessen Zertrümmerung angewendetes πίεστρον. Aus dem 1. Jahrhundert nach Chr. verdanken wir Celsus die Beschreibung eines Hakens (uncus), während Soran die Entfernung der Schädelknochen schildert. In dem Armentarium Albukasems befinden sich Abbildungen, die zur Verkleinerung des Schädels gedient zu haben scheinen; unter dem Abschnitte „De extractione foetus mortui" sind eine Reihe von bei den Arabern zur Craniotomie gebräuchlichen Instrumenten beschrieben.

Diese Verkleinerungs-Operationen erfuhren naturgemäß eine bedeutende Einschränkung durch die Erfindung von schonenderen Operationsmethoden, welche es für viele Fälle ermöglichten, das Kind lebend zu entwickeln. Hierher gehört die

Wendung auf die Füße, die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes, die Anwendung der Zange, dann des weiteren die Sectio caesarea und die Syphyseotomie (Pubeotomie).

Die Wendung auf die Füße kennt Hippokrates noch nicht. Als erster beschreibt sie Celsus, jedoch nur bei einem toten Kind. Einen wichtigen Fortschritt macht Soranus (ca. 100 n. Chr.), indem er den Hebammen auch beim lebenden Kinde die Wendung auf die Füße empfiehlt. Seitdem ward sie allgemein geübt, um aber unter der Herrschaft der Araber (welche mehr operationslustig waren) fast völlig in Vergessenheit zu geraten. Erst 1513 finden wir sie wieder in Eucharius „Rosengarten" erwähnt. Das Verdienst, die Wendung nach eigener Erfahrung neu in die Praxis eingeführt zu haben, gebührt Ambroise Paré (1510—1590). Nach ihm und seinen Schülern verschwindet die Wendung nicht mehr aus der Geburtshilfe, zu deren wertvollsten Errungenschaften sie gehört. Die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes geschieht entweder durch den Mund—Nackengriff, der von Mauriceau, Levret, Smellie, Lachapelle und Veit eingeführt ist, oder durch den Mund—Schädelgriff, dessen Geschichte sich an zwei illustre Namen knüpft: Celsus und J. Guillemeau. Das Verdienst von Wiegand, A. Martin und v. Winckel ist es, diesen Griff für die Entwicklung des nach folgneden Kopfes beim lebenden Kinde angewandt und in die Praxis eingeführt zu haben.

(Prof. Klein-München.)

Seit anno 1723 der Genter Chirurg Palfyn seinen Tire-tête erfand, verbreitete sich diese Idee sehr rasch. In England soll schon Peter Chamberlen der Aeltere (etwa 1560 in Paris geboren) eine Art von Zange erfunden haben. Vervollkommnet wurde sie erst durch Levret und Smellie in der Mitte der 18. Jahrhunderts.

Was den sog. Kaiserschnitt betrifft, so reicht dessen Anwendung bis in die prähistorische Zeit zurück. In Deutschland findet sich dessen erste Beschreibung und Ausführung bei Trautmann in Wittenberg 1610 bei einer Hernia uteri gravidi. Er wurde nur in äußerster Not vollführt und galt als eine Operation, nach welcher ein günstiger Ausgang die größte Seltenheit, der Tod aber ziemlich sicher war. Die Zeit der Asepsis und Antisepsis nahm auch der Sectio caesarea die erschreckliche Mortalität und ermöglichte dadurch eine häufigere Anwendung dieser Operation.

Auch die Symphyseotomie ist in erster Linie dazu berufen, die Perforation des lebenden Kindes einzuschränken. Sie ward 1768 von Ligault vorgeschlagen und am Ende des 18. Jahrhunderts vielfach ausgeführt, kam aber dann wieder in Vergessenheit, erlebte in der Neuzeit wiederum vorübergehende Triumphe und geht jetzt wieder zurück. Ihr Wiederaufleben verdankt man den Italienern, besonders Morisani in Neapel, sowie Pinard in Paris. Jetzt ist der Symphyseotomie eine Konkurrenzoperation erwachsen in der Hebotomie von Gigli.

Zur Ausführung der Perforation dienten früher die abenteuerlichsten Instrumente. Gegenwärtig

bedient man sich fast ausschließlich des scherenförmigen oder, wenn eine Naht am kindlichen Kopfe nicht zu erreichen ist, des trepanförmigen Perforatoriums. Wenn bei abgestorbenem Kinde die Perforation gemacht worden ist, ohne daß besondere Eile nötig war, wenn der Mm. vielleicht noch gar nicht einmal völlig erweitert ist, so kann man die Austreibung selbstverständlich der Natur überlassen. In den meisten Fällen wird die Perforation gerade dann gemacht, wenn eine schnelle Beendigung der Geburt nötig oder doch sehr zu wünschen ist, und der Geburtshelfer sieht sich daher gezwungen, der Perforation sofort die Extraktion folgen zu lassen. Die manuelle Extraktion ist nur selten möglich; man hat deshalb verschiedene Instrumente konstruiert, welche die Extraktion erleichtern. Früher benutzte man dazu den von Baudelocque dem Neffen angegebenen Kephalotryptor; jetzt nimmt man in der Regel den von Simpson zuerst in die Praxis eingeführten Kranioklasten oder die von Winckel verbesserte Mesnard'sche Schädelzange. Sehr zweckmäßig ist auch ein von Auvard angegebenes Instrumentum, welches Perforatorium, Kephalotryptor und Kranioklasten in sich vereinigt.

Im folgenden will ich nun kurz einige Zahlen zum Vergleiche zusammenstellen, welche die Häufigkeit der Perforation an einzelnen Hochschulen Deutschlands dartun, soweit dieselben durch spezielle Arbeiten hierüber bekannt wurden.

Da finde ich zunächst ein Beispiel aus der vorantiseptischen Periode, das aber einen Ver-

gleich mit späteren Jahren gar nicht zu scheuen braucht in:

Bern 1868—77 inkl., also in 10 Jahren, 31 Fälle von Perforation mit nur 5 Exit. let. = 16,1%

Bern 1878—89 (1. Apr.), also in 11¼ Jahren, 29 Fälle von Perforation mit 7 Exit. = 24,1%.

Chronologisch reiht sich daran:

Marburg 1886—92. Unter ca. 6000 Geburten waren 52 Perforationen ausgeführt = 0,87%.

Dem gleichen Zeitraume entsprechen folgende Bekanntgaben:

Berlin (Gusserow)	1,10%
Berlin (Olshausen)	0,95%
Dresden	1,29%
Halle	1,18%
Leipzig	1,77%
Wien I. Geb.-Klinik	0,75%
Wien II. „ „	0,32%
Zürich	2,04%

Eine andere Dissertation berichtet über die Erfolge der Perforationen in

Halle 1887—97:

Klinik: 3857 Geb., darunter 42 Perf. = 1,09%.

Polikinik: 5836 Geb. mit 83 Perf. = 1,42%.

Summa vom 1. April 1887 bis 1. August 1897: 9693 Geburten mit 125 Perforationen = 1,29%.

Eine Arbeit aus Greifswald berichtet, daß dort in den Jahren 1899—1903 inkl. (bis Febr.) unter 1337 Geburten 17 Perforat. vorkamen = 1,27%.

Eine diesbezügliche umfänglichere Arbeit aus der Bonner Universität stellt die dort ausgeführten Perforationen vom 1. April 1893 bis 1. April

1901 zusammen: In Summa 4198 Geburten mit 56 Perforationen = 1,33%

Die Zahlen verteilen sich folgendermaßen:

1893/94:	513 Geb.	1 Perf.	= 0,19%
1894/95:	477 „	3 „	= 0,63%
1895/96:	517 „	6 „	= 1,16%
1896/97:	510 „	9 „	= 1,76%
1897/98:	535 „	12 „	= 2,24%
1898/99:	525 „	6 „	= 1,14%
1899/1900:	591 „	11 „	= 1,86%
1900/01:	530 „	8 „	= 1,50%

Aus dieser Zusammenstellung entnimmt der Verfasser, daß die Schädelperforationen im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Geburten in den letzten Jahren häufiger ausgeführt worden sind als in den ersten, und zwar deswegen, weil jetzt in vielen Fällen die Kranioklasie anderen konkurrierenden Operationen, besonders der Zange vorgezogen wird. Bei engem Becken, wo das Kind schon tot ist oder doch während der Geburt abstirbt, ist entschieden die Perforation die für die Mutter schonendste und somit günstigste Operation. —

Endlich möchte ich daran anschließend auf die Münchener Verhältnisse eingehen und zunächst die von mir näher erläuterten 49 Fälle aus den Jahren 1900—1905 einschl. in einer kurzen Tabelle übersichtlicher zusammenstellen.

Tabellen.

Journal-Nummer Fall und Jahrgang	Name, Alter, Geburt	Frühere Geburten	Beckenmasse	Kindeslage
1. 1900. J.-Nr. 46	Josephine Sch. 21 J. I. p.	—	sp. 24; cr. 26 cjt. ext. 20. diag. 11	I. Gesichts-L
2. 1900. J.-Nr. 539	Marie K. 31 J. I. p.	—	sp. 27. cr. 28; cjt. ext. 25,5; B.Umfang 97	I. Schädel-L
3. 1900. J.-Nr. 472	Marie Gl. 31 J. II. p.	I. geb. Perforation u. Extraktion	sp. 24.5; cr. 26,5 cjt. ext. 7; diag. 8,5	I. Steiss-Fusslage
4. 1900. J.-Nr. 548	Margaretha R. 28 J. II. p.	I. Kind extra part. †	sp. 26; cr. 28 cjt. ext. 17,5 diag. 1 ,0	II. Schädel-L
5. 1900. J.-Nr. 617	Karolina Kr. 29 J. III. p.	I. K. Hephalotryptor. II. Einleitg. der Frühgeburt	sp 2 ,5; cr 24.5 cjt. ext. 17,5 diag. 16,6	II. Schädel-L
6. 1900. J.-Nr. 892	Magdalena B. 36 J. IV. p.	?	sp. 25; cr 26,5 diag. 12; Umf. 86	II. Schädel-L
7. 1900. J.-Nr. 895 (Zwillinge)	Eva J. 38 J I. p.	—	sp. 25; cr. 28 cjt. ext. 20; Umf. 94	I. Schädel-L
8. 1900, J.-Nr. 979	Karolina R. 32 J. VIII. p.	1.-6 leb. spontan 7. Perforat.	sp. 28,5; cr. 30 B.-Umfg. 98 cm	II. Steiss-L.
9. 1900. J.-Nr. 1075	Paula Kr. 27 J. V. p.	1.—4 normal	sp. 25; cr. 27,5 B.-Umfg. 94	II. Schädel-L
10. 1900. J.-Nr. 1225	Käthi Sp. 30 J. II. p.	I. Kind forceps	sp. 23,0 cr. 26,5 ?	I. Schädel-L
11. 1900. J.-Nr. 1314	Babette W. 32 J. VIII. p.	sämtl 7 Geburten normal	--	I. Schädel-L
12. 1901. J.-Nr. 185	Anna St. 20 J. I. p.		sp. 25; cr 26 diag. 9 cm; Umf. 89	I. Schädel-L
13 1901. J.-Nr. 195	Magdalena H. 30 J. I. p.	—	sp. 25; cr 26 diag. 9,5; Umf. 82	I. Schädel-L
14. 1901. J.-Nr. 198	Elise M. 27 J I. p.	—	sp. 23,5; cr. 26 cjt ext. 20; B.-Umf 88	II. Schädel-L
15. 1901. J.-Nr. 271	Maria St. 25 J. I. p.		sp. 26; cr. 28 diag. 11,0 Umf. 88	II. Vordersche telbein Stirn bein-Einstellg
16. 1901. J.-Nr. 334	Br. Käthi 42 J. IV. p.	normal	sp. 25,5; cr. 27 diag. 12; Umfg. 100	II. Schädel-L
17. 1901. J.-Nr. 353	Franziska R. 29 J. III. p.	unausgetragen ohne Hilfe geb.	sp. 24,5; cr. 25 diag. 9,5; Umf. 85	(II. Schädel-L II. Fusslage
18. 1901 J.-Nr. 453	Lina K. 29 J. III. p.	—	—	I. Schädel-L
19. 1901. J.-Nr. 540	Marie M. 24 J. I. p.	-	sp. 24,0; cr. 27 diag. 9,5; Umf. 87	Vorderscheite bein Einstellg I. Schädel-L

Vorausgeh. Operationen	Indikat. z. Perf.	lebend / tot	Länge, Gewicht	Ausgang f. Mutter
Wendungsversuch misslungen	Herztöne stark beschleunigt	t.	Länge 50 cm Gew. 2950 gr.	Puerp. fieberfrei
tillstand d. Geburt rotz kräftig. Wehen	Herztöne nicht hörbar	t.	L. 55 cm Gew. 3300 gr.	Puerp. fieberfrei
—	Vorfall der pulslosen Nabelschnur	t.	L. 50 cm Gew. 3400 gr.	Oedeme d. Labien Schüttelfröste
Bruis'sche Zange sowie Wendungs-Vers. vergebl.	Contraktion des Ut. Nabelschnur pulslos	t.	L. 50 cm Gew. 2750 gr.	Katheterismus
Vendung u. Extrakt. bis z. d. Schultern	Compression d. Nabelschnur — pulslos	t.	L. 54 cm Gew. 3250 gr.	—
—	Eingekeilte u. prolabierte Nabelschn. pulsols; starke Contrakt. d. Ut.	t.	L. 49 cm Gew. 2500 gr.	—
a) forceps vergebl.	a) Contraktionsring	a) t.	L. 48 cm Gew. 2250 gr.	—
b) Wendung	b) Compress. d. Nabelschn. (pulslos)	b) t.	L. 46 cm Gew. 2150 gr.	
–	Compress. d. Nabelschn.	t.	L. 58 cm Gew. 4200 gr.	—
Wendung erfolglos	Contraktionsring	l.	L. 54 cm Gew. 4000 gr.	—
orceps ohne Erfolg Vendung erfolglos	Kind abgestorben	t.	L. 49,5 cm Gew. 2300 gr.	—
eit 6 Tagen prolapse Blut., mehrf. Tamponade; kann nicht gestillt werden	Puls 140 fadenförmig Dyspnoe; Temp. 40,5 Kind abgestorben. Plac. praepia margin.	t.	L. 50 cm Gew. 3700 gr.	Sepsis intra part. exit. letal.
--	Contraktions-Ring	l.	L. — Gew. 4460 gr	—
—	Contraktionsring	l.	L. 48 cm Gew. 2430 gr	—
—	Trotz starker, sehr schmerzh. Wehen kann die Hydrocephal. nicht geboren w., daher Perforation-Spontangeb.	t.	—	—
2 Wendungs-Versuche misslungen	Druckerscheinungen u. Temp. Steigerung	t.	—	Cystitis — Dammplastik
—	Temp. 39.3 Puls fadenförmig 142	t.	L. 54 cm Gew. 4250 gr.	—
Vendung missglückt	dabei Kind abgestorben	t.	L. 53 cm Gew. 3710 gr	—
Wendung f. Perforat. ausserh. d. Klinik Uterus-Riss, Parrot'sche Operat. in Kl.			—	—
Wendung	Uterus Contraktionen Keine Herztöne mehr	t.	L. 50 cm Gew. 2300 gr.	—

Journal-Nummer Fall und Jahrgang	Name, Alter, Geburt	Frühere Geburten	Beckenmasse	Kindeslage
20. 1901. J.-Nr. 776	Käthie S. 20 J. I. p.	—	sp. 26; cr. 27,5 cjt. ext. 18,5; Umf. 94	II. Schädel-I
21. 1902. J.-Nr. 65	Marie H. 26 J. II. p.	—	diag. 11,5 cm	—
22. 1902. J.-Nr. 94	Josepha F. 34 J. I. p.	—	—	II. Gesichts-
23. 1902. J.-Nr. 109	Anna M. 31 J. V. p.	letzten 4 Kinder tot geboren	sp. 27; cr. 29 diag. 10,2; Umf. 87	I. Schädel-I
24. 1902. J.-Nr. 189	Elise W. 28 J. VI. p.	5 Perforationen weg. eng. Beckens	sp. 18,5; cr. 21 7 cjt. ext. 16; B.-Umf. 74	II. Schädel-I
25. 1902. J.-Nr. 453	Franziska Sch. 40 J. IV. p.	I. geb. forceps II. geb. Kind tot III. geb. totgeb.	—	I. Schädel-
26. 1902. J.-Nr. 459	Adelheid Sch. 21 J. I. p.	—	sp. 25,5; cr. 26,2 cjt. ext. 16.5; Umf. 87	I. Schädel-I
27. 1902. J.-Nr. 637	Philomena M. 32 J. II. p.	I. Kind Perforat.	sp. 24,5; cr. 29,0 diag. 8,5; Umf. 78	II. Schädel-
28. 1902. J.-Nr. 849	Wally St. 26 J. II. p.	I. Kind Zange	—	I. Schädel-I
29. 1902. J.-Nr. 1057	Ursula W. 26 J. I. p.	—	sp. 26,5; cr. 28,5 diag. 11,5; ext. 19,3	Journal
30. 1903. J.-Nr. 57	Anna Schr. 29 J. I. p.	—	sp. 26; cr. 30 cjt. ext. 20; B.Umf. 98	—
31. 1903. J.-Nr. 127b	Marie D. 28 J. I. p.	—	—	Vorderscheit bein-Einstel
32. 1903. J.-Nr. 198	Marie M. 31 J. VI. p.	3✕ tot geboren 1 Perforat.	sp. 27; cr. 30 cjt. ext. 19,5; Umf. 95	II. Schädel-
33. 1903, J.-Nr. 680	Louise E. 28 J. I. p.	—	sp. 26,5; cr. 29,5 cjt. ext. 20; Umf. 94	II. Steiss-I
34. 1903. J.-Nr. 1013	Fanny Sch. 37 J. I. p.	—	sp. 27,5; cr. 30,5 cjt. ext. 20,5; Umf. 106	II. Gesichts
35. 1903. J.-Nr. 1111	Marie R. 34 J. II. p.	I. Geb. Perforat.	sp. 24,5; cr. 25,6 diag. 10,7; Umf. 90	II. Schädel
36. 1903. J.-Nr. 1142	Marie M. 29 J. III. p.	I. Geb. u. II. Geb. Wendung und Extraktion	sp. 26,5; cr. 29,5 diag. 10,5; Umf. 94	Schief-l ag II. Grade
37. 1904. J.-Nr. —	Helene Schl. I. p.	—	—	—
38. 1904. J.-Nr. 422a	Elise E. —	—	—	—

Vorausgeh. Operationen	Indikat. z. Perf.	lebend / tot	Länge, Gewicht	Ausgang f. Mutter
—	Hochgradige Oedeme der Extr. bis zum Nabel keine Herztöne	t.	Länge 49 cm Gew. 2150 gr. I. gr. maceriert ascites-pemphig.	—
orceps ohne Erfolg (Bruis'sche Zange)	Uterus-Contraktur	t.	Länge 53 cm Gew. 3185 gr.	Puerp. Sepsis-Pneumonie; im Lochialfl. Gonococcen
forceps (2 Std. in der Stadt?)	Contraktionsring keine Herztöne	t.	Länge 51 cm Gew. 3195 gr. beg. Totenstarre	—
forceps vergebl.	keine Herztöne Nabelschnurprolaps	t.	Länge 53 cm Gew. 2950 gr.	Trombosen am Oberschenkel
—	Anamnese!	l.	Länge 54 cm Gew. 3180 gr.	—
Wendung misslingt	Contraktionsring Oedeme	t.	Länge 47 cm Gew. 1970 gr. nicht ausgetrag.	Collaps exit. total
—	heftige Wehen können Kopf nicht ins Becken drängen, da cjt. vera 7,5	l.	Länge 54 cm Gew. 2750 gr. I. grad. Macerat.	—
Metreurynter 450 ccm	stinkender Ausfluss Oedeme Temp. Steiger. 39,1	l.	Länge 50 cm Gew. 7110 gr.	—
Zange vergeblich	(von ausw. eingel.)	—	—	Cystitis
unvollständig	—	t.	Länge 52 cm Gew. 2800 gr.	—
Zange vergebl. vers.	Oedeme f. Erythem Temp. Steiger. keine Herztöne	t.	Länge 53 cm Gew. 2850 gr.	Schüttelfröste
2× Zange vergebl.	Stillst. d. Geburt	t.	—	—
— Wendung gelingt	Nabelschnur pulslos prolabiert; Exostose Symphyse	t.	Länge 54 cm Gew. 3300 gr.	—
—	Wehenstillstand Temp. Steigerung Maceration-Dekapitation u. Perfor.	t.	Länge 52 cm Gew. 2300 gr.	Meteorismus, Schüttelfröste, Cystitis
—	Nabelschnur umschlungen	t.	Länge 50 cm Gew. 2450 gr.	—
Colpeurynter Wendung	Nabelschnur prolabiert pulslos	t.	Länge 48 cm Gew. 2200 gr.	—
Wendung gelingt	Nabelschnur pulslos	t.	Länge 52 cm Gew. 3360 gr.	—
Wendung	—	t.	—	—
Uterus-Ruptur Laparatomie	Perforation Exit. let.	t.	—	Exit. let.

Journal-Nummer Fall und Jahrgang	Name, Alter, Geburt	Frühere Geburten	Beckenmasse	Kindeslage
39. 1904. J.-Nr. 392	Rosa R. 24 J. I. p.	—	sp. 26,5; cr. 28,5 diag. 10,2; Umf. 98	II. Schädel-L
40. 190'. J.-Nr. 824	Anna S. 20 J. I. p.	—	sp. 24; cr. 26 cjt. ext. 17; Umf. 95	I. Schädel-L
41. 1904. J.-Nr. 709	Marie Fr. 27 J. I. p.	—	—	I. Schädel-L
42. 1904. J.-Nr. 938	Franziska B. 27 J. II. p.	—	sp. 27,5; cr. 29,5 cjt. ext. 19,2; Umf. 87	I. Schädel-L
43. 1905. J.-Nr. 73	Lina Br 25 J. I. p.	—	sp. 26; cr. 29 cjt. ext. 21; Umf. 115	I. Gesichts-L
44. 1905. J.-Nr. 168	Marie H. 30 J. III. p.	I. Geb. forceps II. Geb. Perfor. (cfr. Fall XXI.)	sp. 26; cr. 27,5 vera 10; diag. 11,7	I. Schädel-L
45. 1905. J.-Nr. 290	Barbara R. 30 J. I. p.	—	sp. 23,5; cr. 25,5 cjt. ext. 19; Umf. 92	I. Schädel-L
46. 1905. J.-Nr. 318	Bertha B. 26 J. I. p.	—	sp. 22; cr. 23,5 diag. 9; Umf. 80	I. Schädel-L
47. 1905. J.-Nr. 820	Marie G. 35 J. III. p.	I. Geb. forceps II. Geb. spontan 1904 Abortus	sp. 24; cr. 26,5 cjt. ext. 17; Umf. 76	–
48. 1905. J.-Nr. 933	R. Pauline 26 J. I. p.	—	sp. 26; cr. 28,5 diag. 11,5; Umf. 90	II. Stirnlage
49. 1905. J.-Nr.1144	K. Kathi 19 J. I. p.	—	—	II. Schädel-L

Vorausgeh. Operationen	Indik. z. Perf.	lebend / tot	Länge, Gewicht	Ausgang f. Mutter
—	heftiges Erbrechen Wehenstillstand Oedeme — Gase maceriert	t.	Länge 59 cm Gew. 2750 gr.	Schüttelfröste
Wendung	Nabelschnur pulslos	t.	Länge 50 cm Gew. 2650 gr.	—
(aus d. Stadt)?	seit 54 Stunden Wehen starke Oedeme; keine Herztöne	t.	Länge 52 cm Gew. 3450 gr.	—
(aus d. Stadt)?	allgem. Erschöpfung d. P. Tetanus uterie	l.	Länge 50 cm Gew. 2320 gr.	—
forceps vergebl. benso 3 Wendungen	Temp. Steigerung Herztöne beschleun.	l.	Länge 56 cm Gew. 3570 gr.	Mehrf. Schüttelfröste
—	Prolabierte Nabelschn. pulslos Anamnese! (XXI.)	t.	Länge 49 cm Gew. 2650 gr.	—
—	Uterus-Contrakt. Fieber; Herztöne 156	l.	Länge 50 cm Gew. 3150 gr.	—
orceps ohne Erfolg	Herztöne beschleun. leichtes Oedem übelriech. Ausfl.	l.	Länge 49 cm Gew. 2370 gr.	—
—	trotz stärkster Wehen Geb.-Stillstd., keine Herztöne	t.	Länge 52 cm Gew. 2900 gr.	—
Ballon-Einlage	Seit 8 Tagen wehenartige Schmerzen, seit 4 Tagen sehr heftige Wehen ohne Fortschr. der Geb., keine Herztöne	t.	Länge 50 cm Gew. 3050 gr.	afebril
Bossische Zange Metreurynter	Beschleunigung d. Herztöne — Eklampsie schliesslich keine Herztöne mehr	t.	Länge 32 cm Gew. 800 gr.	afebril

Perforationen

aus der Münchner Frauenklinik 1900—1905 einschl.

Fall I. 1900 J.-Nr. 46.

Sch. Josefine, Köchin, 21 J. I p., kräftig gebaute Person; hat mit 20 Jahren Gelbsucht durchgemacht. Vor 6 Wochen war P. bettlägerig.

Beckenmaße: dist. sp. 24; cr. 26; cjt. ext. 20; diagon. nicht erreichbar (11 cm).

Eingetreten 11. I. 00 12.10 p. m. Untersuchung ergibt I. Gesichtslage. Schädel leicht beweglich; Mm. dreimarkstückgroß.

Abends 10.30 geht Meconium ab; die kindlichen Herztöne wurden stark beschleunigt, infolge dessen Indikation zur Zange. Ein Wendungsversuch mißlang, da der Kopf zu fest auf dem Beckeneingang aufgesetzt war. Um 11 Uhr beginnt die Chloroformnarkose; auch in dieser gelingt es trotz mehrfacher angestrengter Versuche nicht, den Kopf aus dem Beckeneingang hervorzuziehen. Da keine kindlichen Herztöne mehr zu konstatieren waren, wurde die Perforation an der Glabella ausgeführt und das Kind mittels des Kranioklasten extrahiert.

Kind: ausgetragen, perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2950 g (ohne Gehirn).

Wochenbett: normal; P. am 21. I. gesund entlassen.

Fall II. 1900 J.-Nr. 339.

Marie B., Dienstmagd, 21 J., I p. Vater lebt, gesund; Mutter soll an Verblutung gestorben sein. P. will mit 20 Jahren Gicht durchgemacht haben. Varizen.

Beckenmaße: dist. sp. 27; cr. 28; cjt. ext. 21,5; diagon. —; Beckenumfang 97 cm.

P. wird 26. April 00 11 Uhr a. m. von der Sanitätskolonne aus Perlach (bei München) auf Veranlassung des dortigen Arztes eingeliefert, weil sie seit 3 Tagen kreisse und der Kopf abgewichen sei.

Bei der Untersuchung stößt der Finger auf die stark gefüllte Blase, aus welcher sich eine reichliche Menge bierähnlichen Fruchtwassers entleert. Der Kopf bleibt beweglich im Beckeneingange stehen. I. Schädellage. Herztöne sind nicht zu hören. Mm. kleinhandtellergroß. Bis zum nächsten Tage 9 Uhr vormittags sind immer noch keine Herztöne zu konstatieren, jedoch werden die Wehen immer kräftiger. Perforation an der großen Fontanelle. Extraktion mit Kranioklast.

Kind:

Länge: 55 cm.

Gewicht 3300 g.

Nach völlig normalem Wochenbett wird P. am 3. Mai 00 gesund entlassen.

Fall III. 1900 J.-Nr. 472.

Marie Gl., Köchin, 31 J., II p. Eltern und P. selbst bisher gesund. Eine Schwester soll skro-

phulös sein. P. beendete ihre I. Geburt mit Perforation und Extraktion.

Beckenmaße: dist. sp. 24,5; cr. 26,5; cjt. ext. 17; diagon. 8,5. Beckenumfang 76 cm.

Beim Eintritt am 13. April 00 6 Uhr abends wird I. Steißlage — Steißfußlage — diagnostiziert. Die Wehen sind mäßig (alle 15 Min.). Mm. völlig erweitert. Vorliegen der Nabelschnur und eines Fußes. An diesem wird um 8 Uhr abends die Extraktion begonnen und der Steiß ins Becken gezogen. Der nachfolgende Kopf wird in der Richtung gegen die Orbita (ungenügend) perforiert, da das Kind bereits tot war. Durch den Winckel'schen Handgriff wird der Kopf ins Becken herabgepreßt und nochmals erfolgreich perforiert. Die Extraktion hat einen Dammriß II. Grades zur Folge. Placenta nach Crédé entfernt. Ergotin — Kampher.

Kind: ausgetragen, 2mal perforiert.

Länge: 50,5 cm.

Gewicht: 3400 g.

Während des Wochenbettes trat bedeutendes Oedem der großen Labien sowie Schüttelfröste auf.

Am 4. Mai findet sich im Journal der letzte Eintrag.

Fall IV. 1900 J.-Nr. 548.

Margaretha R., Schuhmachersfrau, 28 J. IIp.

Mutter an Lungensucht gestorben; erstes Kind extra part. gestorben; erstes Wochenbett 8 Wochen.

Beckenmaße: dist. sp. 26; cr. 28; cjt. ext. 17,5; diag. 11,0 cm.

Beim Eintritt am 29. April 00 12.30 p. m. lag der Kopf zuerst im Beckeneingang fixiert. In der Narkose stellte sich die Pfeilnaht im queren Durchmesser ein, weshalb zuerst ein Versuch mit der Breus'schen Zange gemacht wurde. Da aber der Kopf trotz einiger Traktionen nicht folgte, wurde die Zange abgenommen und zu einem Wendungsversuch geschritten, da das Kind noch lebte. Erst nach öfteren Versuchen gelang es, das linke Bein einzuhaken und den Fuß herabzuschlagen. Der Uterus kontrahierte sich aber um die Frucht immer mehr, so daß ohne Zerreissung desselben die Wendung nicht ausgeführt werden konnte. Außerdem verschwand die Pulsation der Nabelschnur. Deshalb wurde die linke Kranznaht perforiert, und auf langsamen, kräftigen Zug mit dem Kranioklasten folgten Kopf und Rumpf. Ergotin, Kampher.

Kind: ausgetragen, perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2750 g.

Während des Wochenbettes mußte der oft übelriechende Urin der P. mittels Katheter entleert werden. Am 6. Mai 00 wurde P. gesund entlassen.

Fall V. 1900 J.-Nr. 617.

Karolina Kr., Schuhmacherstochter, 29. J., III para.

P. gibt an, daß sie erst mit 3 Jahren laufen gelernt hat; Malleolenverdickung, besonders links;

leichtes genu valvum. Rhachitis. — Vor 3 Jahren hat P. Gelenkrheumatismus durchgemacht. Herz etwas nach rechts verbreitert; I. Pulmonalton klappernd. An der Spitze blasendes, systolisches Geräusch. Gingivitis grav.

Beim I. Kind Kephalotryptor. Beim II. Kind Einleitung der Frühgeburt.

Beckenmaße: dist. sp. 22,5; cr. 24,5; cjt. ext. 17,5; cjt. diag. 10,6.

Beim Eintritt am 8. Mai wird II. Schädellage diagnostiziert. Pfeilnaht quer verlaufend und stark dem Promontorium genähert; kleine Fontanelle am tiefsten. Die Wendung mit darauffolgender Extraktion bis zu den Schultern gelang leicht; ebenso die Lösung der Arme. Jedoch trotz aller mechanischen Kräfteeinwirkung durch Zug am Nacken und Druck von außen und trotz Walch'scher Lage war der Kopf nicht eine Linie tiefer zu bekommen. Indessen war aber das Kind durch Kompression der Nabelschnur abgestorben. Daher Perforation durch foramen occipitale magnum und Extraktion mittels des Kraniotraktors. Der kindliche Kopf zeigte, entsprechend dem Promontorium, eine starke Druckmarke.

Kind: Kopf sehr stark in die Länge gezogen, mit Quetschwunden am Unterkiefer.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 3250 g.

Das Wochenbett verlief völlig normal. P. wurde am 23. Mai gesund entlassen.

Fall VI. 1900 J.-Nr. 892.

Magdalena L., 36 J., IV p.

P. stammt von gesunden Eltern, hatte mit 16 Jahren ihre erste Periode. Masern, Scharlach, Diphtherie.

Beckenmaße: dist. sp. 25,1; cr. 26,5; cjt. ext. —; diag. 12. Beckenumfang 86.

Die Untersuchung beim Eintritt, 16. Juli 00 9 Uhr a. m., konstatiert II. Schädellage. Kopf steht frei beweglich über dem Becken; Herztöne 12 : 13 : 13. Um 10.30 Uhr a. m. setzen starke Wehen ein. Blasensprung 1.20 Uhr. Herztöne regelmäßig und rechts zu hören. Um 1.40 konstatiert Dr. Seitz: Herztöne nicht mehr zu hören; Nabelschnur liegt in der Scheide; der Kopf ist in den Beckeneingang eingepreßt, die Nabelschnur fest zwischen Kopf und Promontorium eingekeilt und vollständig pulslos. Es wird nunmehr der Kopf über das Becken hinaufgedrängt und die Nabelschnur von der komprimierenden Stelle entfernt; doch stellt sich die Zirkulation nicht wieder her. Die Kontraktion des Uterus ist sehr stark. Da die Wendung völlig aussichtslos ist, um das Leben des Kindes zu retten, wird die Perforation durch die kleine Fontanelle ohne Schwierigkeiten ausgeführt. Starke Blutung. Entfernung der Placenta nach Crédé.

Kind: ausgetragen, perforiert.

Länge: 49 cm.

Gewicht: 2500 g.

Das Wochenbett verlief normal, und Pat. konnte am 25. Juli gesund entlassen werden.

Fall VII. 1900 J.-Nr. 895.

Eva J., Dienstmädchen, 37 J., Ip.

P. hatte 15 Geschwister und hat als Kind Masern, Scharlach und Augenentzündungen durchgemacht. Schwangerschaft normal.

Beckenmaße: dist. sp. 25; cr. 28; cjt. ext. 20; diag. —. Beckenumfang 94 cm.

Beim Eintritt in die Klinik am 15. Juli 1900 2.15 p. m. ward I. Schädellage konstatiert. Nabelschnurgeräusche waren vorhanden, die Herztöne regelmäßig 12 : 11 : 12. Da diese am nächsten Morgen 8.50 noch weiter beschleunigt wurden, wurde forceps beschlossen. Bei der Untersuchung in der Narkose erwies sich der Mm. erst für 1 Finger durchgängig. Nach einem darauffolgenden Bade der P. zeigten die kindlichen Herztöne vorübergehend die Frequenz 6 : 6 : 7 und während der folgenden Nacht 14 : 13 : 14. Die Wehen waren bisher wenig stark, schmerzhaft und ziemlich regelmäßig. Der Kopf des Kindes tritt am Vormittag des 17. Juli in die Beckenenge; Pfeilnaht gerade im Mm. eingestellt, der sich allmählich zur Zweifingerweite öffnet. Gegen Morgen des 4. Tages (18. VII.) setzen die Wehen sehr stark ein. Als um 4.30 früh der Assistenzarzt verständigt wird, sind die Herztöne nicht mehr hörbar. Auftreten eines Kontraktionsringes, der bis 3 Finger breit über die Symphyse emporragt, wobei der ganze Uterus fortwährend kontrahiert bleibt. Mm. erst dreimarkstückgroß. Köpfchen nahe der Beckenenge fühlbar. Trotz der Kleinheit des Mm. wird wegen Gefährdung der Mutter — Kontraktions-

ring — die Perforation des sicher toten Kindes beschlossen und durch die Fontanelle ausgeführt. Extraktion gelingt leicht.

Nach dieser blieb der Uterus noch immer sehr groß und doch waren Herztöne einer zweiten Frucht nirgends hörbar. Die innere Untersuchung ergab das Vorhandensein eines zweiten Kindes in Schädellage. Köpfchen über dem Beckeneingang. Die Wendung gelang leicht, jedoch war die Nabelschnur bereits völlig pulslos. Da die Entwicklung des Kopfes infolge der Enge des Mm. ohne Zerreissung desselben nicht möglich schien, wurde die Perforation von der Mundhöhle aus vorgenommen und hierauf der Kopf nach dem Veit-Smell'schen Handgriff extrahiert. Ergotin und Nähte. Placenta nach Crédé entfernt.

Der Kopf des ersten Kindes war stark komprimiert.

Länge des männlichen Kindes 48, des weiblichen Kindes 46 cm.

Gewicht des männl. Kindes 2250, des weibl. Kindes 2150 g.

P. verläßt nach normal verlaufenem Wochenbett am 26. Juli gesund die Klinik.

Fall VIII. 1900 J.-Nr. 979.

Karolina R., Wäscherin, 32 J., VIII p.

P. gibt an, daß sie die ersten sechs Kinder alle lebend und spontan geboren habe; das 7. Kind mußte perforiert werden, wobei P. viel Blut ver-

loren hat. Sämtliche Kinder sind bereits gestorben.

Beckenmaße: dist. sp. 28,5; cr. 30,0; cjt. ext. —. Beckenumfang 98 cm.

Beim Eintritt am 2. August 00 4 Uhr nachmittags verlief die äußere Untersuchung ergebnislos, während die innere Diagnose lautete: II. Steißlage. Dabei ergab sich das Kreuzbein als rechts gelagert, vor demselben der Arm, davor die Oberschenkel. Die Frequenz der Herztöne stieg von 13:14:15 auf 15:15:16; Mm. fünfmarkstückgroß. In Chloroformnarkose konnte das vorne gelegene Bein die eingeführte Hand nach unten ziehen, und diesem beständig fortgesetzten Zuge folgten auch die Hüften ohne Schwierigkeit. Nach Lockerung der Nabelschnur wurde die Extraktion bis Schulterblatthöhe vergeblich versucht, der dicke, harte Kopf rückte keine Linie tiefer. Drehung des Kindes um seine Längsachse und Lösung des rechten Armes. Hierauf wurden verschiedene Versuche angestellt, den Kopf nach dem Wiegand-Martin'schen und Veit-Smell'schen Handgriff ins kleine Becken zu bringen. Infolge Kompression der Nabelschnur war indes das Kind abgestorben. Da das For. magnum nicht genügend zugängig war, erfolgte die Perforation in der Submaxillargegend. Ein rechtsseitiger Cervixriß wurde mit 3 Catgut vernäht. Die Blutstillung machte große Schwierigkeiten. Kochsalzinfusion. Bereits am 9. August verließ P. völlig gesund die Klinik.

Länge: 58 cm.

Gewicht: 4200 g.

Fall IX. 1900 J.-Nr. 1075.

Paula Fr., Fabrikarbeiterin, 27 J., Vp.

Die vorausgegangenen vier Geburten waren durchaus normal, ebenso die Wochenbetten.

Beckenmaße: dist. sp. 25; cr. 27,5; cjt. ext. —. Beckenumfang 94 cm.

Beim Eintritt am 29. August 00 früh 8 Uhr konstatiert: II. Schädellage. Wehen gering; Herztöne regelmäßig 12:13:13. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Abends 7 Uhr wurde ein Wendungsversuch durch die starke Kontraktion des Uterus und durch das Auftreten eines Kontraktionsringes in Nabelhöhe vereitelt. Perforation des lebenden Kindes ohne Schwierigkeit. Keine Nachblutung; Placenta folgt spontan.

Wochenbett normal (3. IX.).

Kind: ausgetragenes Mädchen.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 4000 g.

Fall X. 1900 J.-Nr. 1225.

Katharina Sp., Wechselwärtersfrau, 30 J., IIp.

P. gibt als Geburtsart ihres ersten Kindes Forceps an.

Beckenmaße: dist. sp. 23,0; cr. 26,5 cm. Becken verengt; weitere Maße konnten wegen Notwendigkeit raschen Eingreifens nicht gewonnen werden.

I. Schädellage. P. wurde von der Sanitätskolonne um 11.45 in die Klinik eingeliefert

mit starken, anhaltenden Wehen und regelmäßigen Herztönen, 14:15:12:13. Uterus in toto nach rechts verlagert. Am Damm breite, bis zum Anus reichende Narbe (Dammplastik 1899), ebenso an der hinteren Vaginalwand derber circulärer Strang einer Narbe. Mm. hochstehend, 7 cm erweitert. Kopf über dem Beckeneingang; Pfeilnaht nahe dem Promontorium. Kopf durch krampfhafte Wehen über dem Becken fixiert. Da die kindlichen Herztöne dauernd über 160 sind und das untere Uterinsegment sich stärker gespannt anfühlt, wurde die künstliche Entbindung beschlossen. Incision der Narben. Anlegung des Forceps bei Fixation des Kopfes von außen. Dieser folgte trotz mechanischen Druckes von außen nicht. Durch die eingeführte rechte Hand wird das rechte Bein nach unten gezogen; das linke setzt in Beugestellung der Extraktion große Schwierigkeiten entgegen. Da das Kind indessen völlig abgestorben ist, wurde die Perforation durch For. occipit. magnum mit dem Nägel'schen Perforatorium ausgeführt. Placenta nach Crédé entfernt. Der alte Dammriß II. Gr. war völlig wiederhergestellt.

Kind: ausgetragenes Mädchen, perforiert.

Länge: 49,5 cm.

Gewicht: 2300 g.

Wochenbett verlief völlig normal; P. verläßt im 27. Oktober die Anstalt.

Fall XI, 1900 J.-Nr. 1314.

Babette W., Schuhmachersfrau, 32 J., VIIIp.

P. gibt an, daß sie in den letzten 11 Jahren 7mal geboren habe, und zwar alles Kopflagen, ohne ärztliche Hilfe.

Beckenmaße nicht genommen.

I. Schädellage. P. wurde aus O. mittels Droschke in die Klinik gebracht am 23. November 1900 1.45 p. m. mit einem Puls von 136. Vor 6 Tagen (Nacht vom 17./18. XI.) hatte die Hebamme infolge einer profusen Blutung 5 Tampons eingelegt, die auch der hinzugerufene Arzt liegen ließ. Am 19. morgens erneute Blutung; am 19., 20., 22. u. 23. Tamponwechsel durch den Arzt. In der Klinik wurden diese Watte- und Jodoformgaze-Tampons als übelriechend entfernt. Starke Pulsation nachweisbar; rechts und oben an der Peripherie des Mm. fühlt man deutlich 3 cm lappiges Gewebe (Placenta praevia marginalis). Hier zeigen die Simson'schen Specula auch blutende Stellen. Beide Vaginalgewölbe hochgradig livide verfärbt. Neue Tamponade. Temperatur 39,0. Rechts und links vom Introitus vaginae wurden mehrere kleine Einrisse von gelbbräunlichem Aussehen konstatiert.

Abends 5.30 Uhr heftiger Schüttelfrost, der 30 Min. andauerte; Temperatur 40,5. Dazu kamen noch hellrote, nicht schaumige Blutungen aus dem Munde, Atemnot, zeitweises Erbrechen sowie vorübergehend heftige schmerzhafte Wehen. Herztöne stets deutlich; Puls der P. fadenförmig, 140—144. Ergotin, Kampher, Kochsalzinfusionen.

Von 8.20 abends ab sind die kindlichen Herztöne nicht mehr hörbar, Wehen setzen fortdauernd

aus. Konstante Blutungen aus Vagina machen mehrfache Tamponadewechsel nötig, können aber trotz aller Mittel nicht zum Stehen gebracht werden. Uterus völlig atonisch trotz nachfolgender Injektionen von Ergotin. Um 10.10 abends entfernt Herr Geheimrat v. Winckel die Tampons, hinter denen sich ein völlig zersetztes, schwarzbraunes, übelriechendes, nicht geronnenes Blut sich ergießt. Mm. fast völlig erweitert; Kopf im Beckeneingang fixiert. Rasche Perforation durch die Pfeilnaht, Ausspülung des Gehirns und Extraktion des Kindes ohne Schwierigkeiten in höchstens 4 Minuten. Blutverlust hierbei fast null. Neue Tamponade; Kochsalz, Kampher, Aether, künstliche Atmung. 11.45 Exitus letalis.

Sepsis intra partum. Placenta praevia marginalis. Anaemie.

Sektion. Anatomische Diagnose posterior: Putride Infektion des Uterus, infektiöser Milztumor; Commissureinrisse.

Kind: weiblich, perforiert.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 3700 g (ohne Gehirn).

Fall XII. 1901 J.-Nr. 185.

Anna St., Näherin, 20 J., Ip.

Eltern und Geschwister (9) leben, gesund. P. kann erst seit dem 4. Lebensjahre gehen. Genua valga rhachitica. Rhachitisch flaches Becken II. Grades.

Beckenmaße: dist. sp. 25; cr. 26; cjt. diag 9 cm. Umfang 89 cm.

I. Schädellage. Bei der Untersuchung kurz nach Eintreffen in der Klinik am 2. März 1901 12.30 p. m. steht der Kopf mit kleinem Segment beweglich im Beckeneingang; die Herztöne sind hörbar, 11:12:11. Wehen mittelkräftig. Kleine Fontanelle links vorne, Pfeilnaht von da nach rechts hinten. Eine Schnürfurche reicht fast bis Nabelhöhe. Wegen drohender Zerreissung des Uterus mußte von einem Zangenversuch Abstand genommen werden. Perforation des lebenden Kindes durch Pfeilnaht mit Extraktion ohne Schwierigkeiten. Kind hat noch durch ca. 4 Minuten Atembewegungen gemacht. Der Schädel war fast biparietal gefaßt.

Kind: ausgetragener, kräftiger Knabe.

Gewicht: 4460 g.

Das Wochenbett verlief völlig normal. P. kam am 10. März gesund zur Entlassung.

Fall XIII. 1901 J.-Nr. 195.

Magdalena H., Näherin, 30 J., Ip.

P. lernte erst mit $2^1/_2$ Jahren laufen; Eltern und Geschwister leben, gesund.

Beckenmaße: dist. sp. 23; cr. 26; cjt. diag. 9,5. Beckenumfang 82 cm.

I. Schädellage. Allgemeine Beckenverengerung II. Grades. Bei der ersten Untersuchung am 6. März 1901 3.15 Nachmittag steht der Kopf

beweglich mit kleinem Segmente im Beckeneingang. Die Herztöne sind gut und regelmäßig, 10:11:11. Ein immer stärker werdender Kontraktionsring steigt bis fast Nabelhöhe. Mm. zweimarkstückgroß. Wegen drohender Gefahr einer Uterusruptur beschließt das Aerztekonzilium die Perforation des lebenden Kindes mit folgender Kranioklasie. Da unmittelbar post partum eine ziemlich profuse Blutung einsetzt, die scheinbar von oben herkommt, wird sofort Placenta nach Crédé exprimiert. Ein linksseitiger lineärer Clitorisriß wird 3mal umstochen.

Kind: totes Mädchen.

Länge: 48 cm.

Gewicht: 2430 g.

Das Wochenbett verläuft völlig normal, und P. verläßt am 13. März 1901 gesund die Anstalt.

Fall XIV. 1901 J.-Nr. 198.

Elise M., Verkäuferin, 27 J., Ip.

Anamnese: ohne Belang.

Beckenmaße: dist. sp. 23,5; cr. 26; cjt. ext. 20 cm. Beckenumfang 88 cm.

Nach dem Eintritt am 4. März 1901 Vormittag 9 Uhr resultierte aus der Untersuchung eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf II. Beckenendlage. Wehen waren sehr schwach und selten, weshalb P. auf Wunsch die Austrittserlaubnis erhielt. Abends kehrte P. wieder mit geringen, aber schmerzhaften Wehen. Die nochmalige Unter-

suchung diagnostiziert sicher II. Schädellage. Herztöne sind deutlich. Die prallelastische Resistenz der großen Fontanelle machte beim Mangel einer Beckenverengerung eine Vergrößerung des Kopfes wahrscheinlich; denn ein normaler Kopf hätte tiefer rücken können. Herztöne verschwinden während der Nacht zum 6. März; die heftigen Kontraktionsschmerzen werden durch ein Chloralklysma gelindert. Am 6. März abends 7 Uhr wird auf Anraten des Herrn Geheimrats v. Winckel in Chloroformnarkose nochmals untersucht und die große Resistenz über dem Becken deutlich als Hydrocephalus an der prallelastischen Konsistenz und der Verschieblichkeit der einzelnen Knochen erkannt. Nach Einstoßen des Blot'schen Perforatoriums entleert sich eine große Menge blutigen Serums. Sehr wenig Hirnmasse wird ausgespült. Spannung des Leibes bedeutend verringert. Am folgenden Tage (7. III.) stellen sich vormittags gute Preßwehen ein, die nachmittags zur Spontanausstoßung des perforierten Hydrocephalus und des Rumpfes nach dem Mechanismus der II. Schädellage führen. Placenta geht spontan ab.

Kind: ausgetragener Hydrocephalus, in der großen Fontanelle perforiert.

Das völlig normal verlaufene Wochenbett endete am 16. März mit der Entlassung der gesunden P.

Fall XV. 1901 J.-Nr. 271.

Marie St., Köchin, 25 J., Ip.

Eltern und Geschwister sowie P. selbst immer gesund.

Beckenmaße: dist. sp. 26; cr. 28; cjt. diag. 10,0 cm; Beckenumfang 88 cm.

Beim ersten Erscheinen der P. in der Klinik (26. März 2 Uhr früh) lautete die Diagnose: I. Schädellage, lebendes Kind, ohne Unregelmäßigkeiten.

Da die Wehen gering und schmerzlos waren, entfernte sich P. nochmal, um morgens 8.30 Uhr wieder zu kommen mit Klagen über heftige Wehen und Schmerzen. Kopf steht im Beckeneingang beweglich. Mm. für 1 Finger bequem durchgängig. Herztöne deutlich, 12:11:12. Der Eintrag über die Untersuchung abends 9 Uhr lautet: Direkt vor dem Promontorium liegt die große Fontanelle; von ihr aus läuft direkt gegen die Symphyse, nach vorne tastbar, die vordere Kranznaht. Diagnose: II. Vorderscheitelbein—Vorderstirnbein-Einstellung. Die Untersuchung in narcosi bestätigt diese Angaben. Ein Versuch, das Hinterhaupt durch äußere und innere Manipulationen zum vorangehenden Teil zu machen, mißlingt; ebenso ein Wendungsversuch auf den Fuß. Während der Nacht hatte P. mäßige Wehen. Temper. 38,2—38,6. Herztöne 13:14:13, um 10 Uhr vormittags sogar 14:14:14, um dann um 3 Uhr p. m. völlig verschwunden zu sein. Katheter gibt stark blutigen Urin. Es wird deshalb wegen Gefahr für die Mutter — Druckerscheinungen und Temperatursteigerungen — zur Perforation des toten Kindes geschritten (um 4 Uhr Nachmittag). Diese durch den

vorderen Schenkel der Kranznaht ausgeführt, gelingt leicht samt Extraktion. Kleiner Scheidenriß. Placenta spontan.

Kind: ausgetragen, perforiert.

Maße: fehlen.

Im Wochenbett stellte sich Cystitis ein (sehr viele Leukozyten — viele Kristalle von Trippelsalz — viele Bakterien — viele hyaline und granulierte Zylinder). Dammplastik am 11. Apr. 1901. Am 20. April kam P. gesund zur Entlassung.

Fall XVI. 1901 J.-Nr. 334.

Käthi B., Monteursgattin, 42 J., IVp.

P. soll vor 10 Jahren einen Lungenspitzenkatarrh durchgemacht haben; frühere Geburten normal.

Beckenmaße: dist. sp. 25,5; cr. 27; cjt. diag. 12 cm. Beckenumfang 100 cm.

II. Schädellage. Bei der ersten Untersuchung am 15. April 01 8 Uhr früh stand der Kopf beweglich auf dem Becken; Wehen gering. Kindliche Herztöne gut, 11:12:11. — Am 16. IV. gingen durch Blasensprung ca. 3 l Fruchtwasser ab. Wehen wurden stärker und andauernd. Abends zwischen 6 und 8 Uhr verschwinden die Herztöne des Kindes. Mutter hintereinander 2mal Schüttelfrost. Temp. 39,3, Puls 142, fadenförmig. Daher Perforation der von rechts hinten nach links vorne verlaufenden Pfeilnaht. Kleine Fontanelle rechts hinten, große links vorn. Kopf zwischen Beckenenge und -weite beweglich. Extraktion gelingt leicht. Placenta nach Crédé entfernt.

Todesursache des Kindes (vermutlich): Neben dem Kopf war eine Nabelschnurschlinge vorgelegen; ebenso war die Schlinge um den linken Arm und die Brust schärpenartig eng geschlungen. Kompression?

Kind: außerordentlich kräftig entwickelter Knabe.

Länge: 54 cm; Gewicht: 4250 g.

Wochenbett verlief völlig normal; P. am 23. IV. gesund entlassen.

Fall XVII. 1901 J.-Nr. 350.

Franziska R., Köchin, 29 J., IIIp.

Erstes Kind war in Steißlage, zweites Kind Gesichtslage, beide unausgetragen, ohne Hilfe geboren.

Beckenmaße: dist. sp. 24,5; cr. 25; cjt. diag. 9,5. Beckenumfang 85 cm.

Hoher Geradstand bei II. Schädellage. Die erste Untersuchung beim Eintritt am 21. April 1901 um 9 Uhr abends ergab: Kopf beweglich über dem Beckeneingang; rechts neben demselben eine Nabelschnurschlinge. Herztöne gut hörbar, 12:12:12. Allgemein verengtes Becken II. Grades. Mm. handtellergroß. Prophylaktische Wendung auf den Fuß versucht, weil der Kopf nicht in das Becken herabtritt. Die vom Rücken der P. her eingehende Hand (linke) stößt auf mehrere Nabelschnurschlingen und konstatiert die Unrichtigkeit der ersten Diagnose. Die rechte Hand bringt sodann das linke Knie

in den völlig erweiterten Mm. herab; die rechte schiebt den Kopf nach oben in den Fundus: I. unvollkommene Fußlage. Da nach fünf Minuten die kindlichen Herztöne auf 6 sinken, wird zur Extraktion geschritten; diese gelang gut, doch war der Kopf nicht durch die Beckenenge durchziehbar. Da unterdessen das Kind abgestorben ist, erfolgte die Perforation am Subocciput. Placenta folgte spontan. Ergotin.

Kind: Impression durch Promontorium erkennbar.

Länge: 53 cm.

Gewicht. 3710.

Wochenbett verlief ohne wesentliche Störungen. P. verläßt am 30. April gesund die Klinik.

Fall XVIII. 1901 J.-Nr. 453.

Lina K., Fräulein, 29 J., IIIp.

Anamnese und Maße fehlen.

P. wurde am 22. Mai 1901 nachts $^1/_2$1 Uhr durch die Sanitätskolonne in die Klinik gebracht. Sie hatte um 11 Uhr abends mit ärztlicher Hilfe geboren. Blasensprung am 18. V., geringe Wehen bis 21. abends. Diagnose der inneren Untersuchung: I. Schädellage — Hydrocephalus. Da der Kopf sich sehr leicht zurückdrängen ließ, erfolgte die Wendung auf den Fuß (auffallend leicht), dann Perforation des nachfolgenden Kopfes. Beim Versuch, wegen der nun folgenden Blutung den Crédé'schen Handgriff zu ma-

chen, ließ sich der Fundus von den Bauchdecken aus nicht umgreifen. Manuelle Lösung der Placenta, wobei ein langer Riß in der linken Uterushälfte auftritt. Nach Tamponade in die Klinik eingeliefert. Hier wurde die Porro'sche Operation mit bestem Erfolg ausgeführt. Kochsalz und Kampher. Am 16. Juni P. völlig hergestellt.

Fall XIX. 1901 J.-Nr. 540.

Maria M., Schneidermeisterstochter, 24 J., Ip.

Mutter an Lungenschwindsucht gestorben. P. lernte erst im 5. Lebensjahre laufen.

Beckenmaße: dist. sp. 24; cr. 27,0; cjt. diag. 9,5; Beckenumfang 87 cm. Rhachitisch plattes Becken.

Die erste Untersuchung (11 Uhr vorm. beim Eintritt in die Klinik) ergibt einen sehr langgestreckten Uterus, dessen Fundus links bis zum 7. Rippenknorpel reicht, rechts sogar unter diesem verschwindet. Der Kopf ist nur mit einem kleinen Segmente ins kleine Becken eingetreten und deutlich palpabel. Steiß liegt rechts im Fundus, die kindlichen Herztöne deutlich, 13:13:13. Wehentätigkeit regelmäßig und schmerzhaft. Damm sehr straff. Mm. sehr eng; der Schambeinbogen ist ungewöhnlich spitzig. I. Vorderscheitelbein — Stirnbein-Einstellung. Gegen Abend Herztöne 9:13. Abends 10 Uhr wird auf Anordnung des Herrn Geheimrates zur inneren direkten Wendung auf den Fuß geschritten. Diese wurde durch langdauernde, heftige Kontraktionen

des Uterus mehrmals unterbrochen und durch den engen Schambeinbogen sehr erschwert. Trotz äußerster Versuche gelang es nicht, den Kopf in den Uterus hinaufzuschieben und das Beckenende tief zu drücken. Herztöne waren während der Operation immer 9:11. Um das Kind zu retten, wurde der doppelte Handgriff der Sigmundin ausgeführt, während dessen die Herztöne verschwanden. Nach dieser Konstatierung wurde die Perforation mit Extraktion ausgeführt. Um eine Quetschung der Weichteile bei der Passage des Kopfes durch die starke Beckenverengerung im Querdurchmesser zu vermeiden, wurde der nachfolgende Kopf zum zweitenmale am For. magnum perforiert. Blutung gering. Placenta spontan. Leichter Introitusriß.

Kind: weiblich, ausgetragen.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2300 g.

Wochenbett völlig normal. P. am 27. Juni gesund entlassen.

Fall XX. 1901 J.-Nr. 776.

Käthi S., Kellnerin, 20 J., Ip.

P. hat bei den Menses immer große Blutverluste (ohne Schmerzen) gehabt. Chlorosis. Ichthyosis.

Beckenmaße: dist. sp. 26; cr. 27,5; cjt. ext. 18,5. Beckenumfang 94 cm.

Beim Eintritt am 22. Aug. 1901 2 Uhr nachmittags konstatiert die Untersuchung ein hoch-

gradiges Oedem der Ober- und Unterschenkel bis in Nabelhöhe. Mm. fünfmarkstückgroß. Wehen nur schwach, nach Blasensprung kräftiger. Keine Herztöne hörbar. Kleine Fontanelle rechts seitlich. Pfeilnaht querverlaufend. II. Schädellage. Mit Rücksicht auf die hochgradigen Oedeme wird um 11.30 abends die operative Beendigung der Geburt beschlossen. Kopf leicht abtastbar, ohne Geschwulst trotz der langen Geburtsdauer. Nach Perforation mittels Kranioklast gelingt die Extraktion leicht. Bei Passage der Schultern tritt trotz Dammschutz ein Riß II. Grades auf. Eine Minute später erfolgt spontan die Ausstoßung der großen, blutarmen, schwammigen Placenta.

Kind: ist I.gradig maceriert; Ascites — Pemphigus. Ausgetragees totes Mädchen.

Länge: 49 cm.

Gewicht: 2115 g.

Wochenbett verläuft ohne besondere Störung. P. verläßt am 29. August gesund die Anstalt.

Fall XXI. 1902. J.-Nr. 65.

Marie H., Kleidermacherin, 26. J., IIp.

Vater an Lungenentzündung gestorben, Mutter und sechs Geschwister gesund. Als Kind Rhachitis.

P. wird am 22. Januar 1902 nachts 2 Uhr von der Sanitätskolonne in die Klinik gebracht. Abends 10 Uhr sei das Fruchtwasser abgegangen

und nachdem trotz kräftiger Wehen die Geburt nicht vorwärts ging, ward Dr. Link geholt, der 2 Stunden lang (?) Extraktionsversuche mit der Zange gemacht haben soll. Darauf habe er sie in die Klinik geschickt. Bei der Aufnahme ist es infolge Uteruskontraktur unmöglich, eine Kindslage festzustellen. Herztöne deutlich, 12:12:13. Mm. völlig erweitert. Kopfgeschwulst sehr groß und ragt tief ins Becken herein. Der Kopf steht fest im Beckeneingang. Fontanelle nicht deutlich. — Gegen 3 Uhr früh steigern sich die kindlichen Herztöne enorm. Wehen geringer, weshalb zur künstlichen Entbindung geschritten wird. Extraktionsversuch mit der Breus'schen Zange mißlingt. Inzwischen sind die Herztöne abgestorben. Daher Perforation und Kranioklasie durch die Pfeilnaht. Bei der Extraktion zeigte sich, daß die Nabelschnur 30 cm vom Nabel des Kindes entfernt durchgerissen war; auch war das Fruchtwasser stark mekoniumhaltig. Kind tot.

Puerperale Sepsis. Pneumonie. Leib äußerst schmerzhaft und aufgetrieben — unfreiwilliger diarrhoischer Stuhlabgang — andauernd gesteigerte Temperaturen, 38,7—39,9. Blutiger, stinkender Lochialfluß. Puls 140. Eiweiß positiv. Reichliche Pediculi capitis; Petroleumverbände verursachen Hautentzündungen am Nacken und Rücken. Am Steißbein stellt sich Decubitus ein. Nach einem Monat (21. II.) werden endlich im Lochialfluß sehr viele Eiterkörperchen, einige Diplococcen und auch Gonococcen nachgewiesen. Am 28. II. ergibt die Speculum-Untersuchung im Vaginalgewölbe rechts hinten und oben eine

erbsengroße Fistelöffnung, die ins rechte Parametrium führt. 7. III. Sekretion geht zurück.

Kind: männlich, perforiert.

Länge: 53 cm.

Gewicht: 3185 g.

Fall XXII. 1902 J.-Nr. 94.

Josepha F., Arbeitersfrau, 34 J., Ip.

Familienanamnese ohne Belang. Vater an Tuberkulose gestorben.

Beckenmaße konnten nicht mehr genommen werden.

P. wurde von der Sanitätskolonne in die Klinik gebracht (3. Februar 1902 12 Uhr vormittags) und gibt an: seit fast 24 Stunden sind kräftige Wehen vorhanden ohne Fortschreiten der Geburt. Ein herbeigeholter Arzt soll 2 Stunden lang (?) vergebliche Versuche gemacht haben, das Kind mittels Forceps zu extrahieren. Seine Diagnose lautete: II. Gesichtslage (in der Klinik bestätigt). Dammriß, verschiedene Quetschwunden der Vagina. Die Untersuchung nach Ankunft in der Klinik ergibt: deutlicher Kontraktionsring in Nabelhöhe; darüber, bis fast 1 Finger breit unter Proc. ensiform. steht rechts der Fundus uteri. Kopf unbeweglich im Becken. Kindliche Herztöne nirgends zu hören. Mm. völlig verstrichen. Gesichtslinie im queren Durchmesser eingestellt. Nach diesen Befunden war sofort Perforation mit Extraktion indiziert; ausgeführt oberhalb der Nasenwurzel. Extraktion ohne

Schwierigkeiten. Der Kopf war sehr stark zusammengepreßt. Beim Kind zeigte sich an beiden Extremitäten ausgesprochene Totenstarre. Kleiner Dammriß I. Grades; leichte Quetschwunden an Urethra und Clitoris. Nach der Geburt kaum zu stillende Blutung. Crédé-Versuch erfolglos; daher muß die Placenta manuell gelöst werden. Dann erst erfolgt Kontraktion des Uterus und Stillstand der Blutung.

Kind: ausgetragen, tot, mit beginnender Totenstarre.

Länge: 51 cm.

Gewicht: 3195 g.

Wochenbett verlief ohne wesentliche Störungen; P. wird am 15. Februar (12. Tag) auf Wunsch in Privatbehandlung entlassen.

Fall XXIII. 1902 J.-Nr. 109.

Anna M., Köchin, 31 J., Vp.

P. außer an Gesichtsrose nie erkrankt; erstes Kind 1893 lebend; in den Jahren 1897, 1899 und 1900 je ein totes Kind geboren.

Beckenmaße: dist. sp. 27,2; cr. 29; cjt. ext. 19,5; cjt. diag. 10,14. Beckenumfang 87 cm.

Die Untersuchung beim Eintritt am 6. Febr. 7 Uhr früh konstatiert: Mm. fünfmarkstückgroß. Kopf ins Becken eingetreten, Pfeilnaht im queren Durchmesser. Herztöne andauernd deutlich, 10:11:10. Die Wehentätigkeit bleibt bis Abend gering und spärlich. Abenddiagnose: I. Schädellage. Kind lebt, aber gefährdet.

Töne unter 100 dauernd in Wehenpause. Kopf sitzt fest auf dem Becken. Vergebliche Versuche mit Forceps. Breus'sche Zange gleitet mehrmals ab, auch die vorfallenden Nabelschnurschlingen stören sehr. Nach diesen Versuchen sind keine Herztöne mehr zu konstatieren. Perforation durch die Pfeilnaht mit folgender Extraktion ohne Schwierigkeiten. Placenta mit leichtem Druck exprimiert.

Während des Wochenbettes machen ausgedehnte venöse Thromben mehrfache Beschwerden am linken Oberschenkel. P. verläßt gegen den ärztlichen Rat am 13. II. die Klinik.

Kind: tot, männlich, ausgetragen.

Länge: 53 cm.

Gewicht: 2950 g.

Fall XXIV. 1902 J.-Nr. 189.

Elise W., Näherin, 28 J., VIp.

Vater an Herzwassersucht gestorben; 7 Geschwister leben, 8 andere starben im Kindesalter. Die fünf vorausgegangenen Geburten waren künstliche; Perforationen wegen zu engen Beckens.

1. Geburt 1894: Wendung, Steißlage
2. „ 1896: Frühgeburt im 7. Mt.
3. „ 1897:
4. „ 1899: 1—6 Perforationen
5. „ 1901:

Beckenmaße: dist. sp. 18,5; cr. 21,75; cjt. ext. 16; Beckenumfang 74 cm.

Die Untersuchung beim Eintritt am 28. Febr. 1902 10 Uhr 45 ergibt: Kind in II. Schädellage, lebend. Herztöne 11:11:11. Pfeilnaht schräg verlaufend. Wehen wenig kräftig; Kopf beweglich im Becken. Da das Becken der P. in seinem Durchmesser derart verengt ist, daß nicht mehr angenommen werden kann, daß ein normal großes Kind, wie es hier nach Umfang des Leibes und der fühlbaren Formen der Teile angenommen werden muß, spontan geboren werden kann, wird zur Perforation des lebenden Kindes geschritten, weil die Sectio caesarea verweigert wurde. Zudem waren alle früheren Geburten auf diese Weise beendet worden. Ein Versuch mit einer Medullarnarkose mit 1 ccm einer 5%igen Tropococaïnlösung hat nach 20 Minuten keine Analgesie zur Folge. Daher Narkose nach Schleich I. Perforation durch das vordere Scheitelbein (direkt neben der Sagittalnaht) mit folgender Kranioklasie. Der erschwerten Passage der Schultern wird mit einem in der Axilla eingelegten Haken nachgeholfen. Damm bleibt unverletzt. Keine Blutung. Placenta nach Crédé entfernt.

Kind: männlich, ausgetragen.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 3180 g.

Wochenbett völlig normal. P. wird am 9. März gesund entlassen.

Fall XXV. 1902 J.-Nr. 453.

Franziska Sch., Taglöhnersfrau, 40 J., IVp.

Mutter starb 1889 an multiplen Abscessen, Vater unbekannt. Als Kind soll P. stets kränklich und skrophulös gewesen sein. Im 7. Jahre soll sie sich durch einen Fall eine Verkrümmung der Wirbelsäule zugezogen haben. Jetzt besteht deutliche Lordose der Rücken-, Kyphose der Lendenwirbelsäule. Rhachitischer Thorax. Hängebauch III. Grades.

1. Geburt 1894: Zange; Kind starb nach zwei Stunden. Puerperalfieber.
2. Geburt 1898: Steißlage. Kind tot bei der Geburt.
3. Geburt 1899: normal; Kind tot.

Beckenmaße: fehlen.

Eintritt am 24. Mai 1902 8 Uhr früh. P. gibt an, daß sie seit frühem Morgen zunehmende Wehen habe, die auch in der Klinik immer häufiger, stärker und schmerzhafter werden. Kopf rechts über Beckeneingang. Temp. 39,0; Puls 120. II. Stirneinstellung. Gegen 11 Uhr mittags werden die Wehen stürmisch, fast ohne Pause. In Narkose (Schleich I) wird die Einstellung von Stirn und Vorderhaupt konstatiert. Der Kopf wird von den Wehen fest, jedoch beweglich ans Becken gepreßt; ein Versuch, aus der Schädellage die Wendung auf die Füße auszuführen, mißlingt. Starker Kontraktionsring tritt auf. Ebensowenig gelingt es, aus der Stirn-Einstellung eine Hinterhauptseinstellung zu machen. Herztöne nicht zu konstatieren. Puls sehr schlecht. Dazu oedematöse Schwellung der Vulva, des Dammes und der Haemorrhoidalknoten. Perforation des ausweichenden Kopfes. Während

der Ausspülung des Gehirnes 11.45 plötzlicher Collaps der P. Künstliche Atmung, Kampher, Aether, Kochsalz (500 g) retten die P. noch. Extraktion mit Kranioklasie. Uterusruptur als nicht vorhanden konstatiert, aber dessen Wand enorm dünn. Temp. 35,2. Placenta durch leichten Druck ausgestoßen. Keinerlei Blutabgang.

2.15: Plötzlich allgemeine klonische Krämpfe und trotz künstlicher Atmung Exitus letalis.

Sektionsbefund: Allgemeine Anaemie — Herzermüdung — keine Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. Beckenenge. Hydraemie des Gehirns.

Kind: nicht ausgetragener Knabe.

Länge: 47 cm.

Gewicht: 1970 g.

Fall XXVI. 1902 J.-Nr. 459.

Adelheid Sch., Schneiderstochter, 21 J., Ip.

Mutter an Unterleibsleiden gestorben. Pat. selbst Rhachitis. Hängebauch I. Grades.

Beckenmaße: dist. spin. 25,5; cr. 26,2; cjt. ext. 16,5. Beckenumfang 87 cm.

I. Schädellage. Beim Eintritt in die Klinik am 24. Mai 8 Uhr früh Fruchtblase noch nicht gesprungen. Kopf oberhalb des Beckeneinganges. Herztöne deutlich, 11:11:12.

Auch während des Nachmittags tritt der Kopf nicht ins Becken ein. Aus der exakt gemessenen Cjt. ext. (16,5) läßt sich auf eine Cjt. vera von

7,5 cm schließen; darnach ist es durchaus unwahrscheinlich, daß der große, harte Kopf durch die II. Grades verengte Conjugata selbst bei starker Wehentätigkeit passieren kann. Sectio caesarea wird verweigert. Uterus sinist. torquiert. Zwischen Kopf und Rumpf besteht ein Knickungswinkel; Mm. noch immer geschlossen.

Diagnose: Hinterscheitelbein-Stirnbeineinstellung. Anordnung der Perforation. Erst jetzt springt die Fruchtblase. Perforation des hinteren Scheitelbeines (ohne Narkose der P. ausgeführt). Nach gründlicher Desinfektion verbringt P. die Nacht ziemlich gut im Bett. Temp. 36,2; Puls 90.

Nach 1 Uhr morgens werden die Wehen kräftiger, es fließt übelriechende Flüssigkeit ab, die mit Gasblasen durchsetzt ist. Temp. 37,4; Puls 120. Kopf teilweise ins Becken eingetreten. Kind ist offenbar in Zersetzung übergegangen. In Narkose mit Aether gelingt die Extraktion mit Kranioklasie leicht. Stinkende Gase gehen dabei ab. Gründliche Desinfektion. Placenta nach Crédé entfernt. Ergotin und Kochsalz. Keine Blutung.

Kind: männlich, ausgetragen, perforiert, maceriert I. Grades.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 2750 g.

Wochenbett völlig normal. P. am 3. Juni gesund entlassen.

Fall XXVII. 1902 J.-Nr. 637.

Philomena M., Köchin, 32 J., IIp.

Mutter und sechs Geschwister leben, gesund. P. hat erst mit 2 Jahren laufen gelernt. Rhachitis. Erstes Kind — Perforation und Extraktion.

Beckenmaße: dist .sp. 24,5; cr. 29; cjt. ext. 16,5; cjt. diag. 8,5. Beckenumfang 78 cm.

Als P. am 15. Juli 1902 um 1/2 8 Uhr früh in die Klinik per Wagen kommt, waren die Wehen schwach und (nach Angabe) die Blase vor etwa 10 Stunden gesprungen. Der Kopf des Kindes steht über dem kleinen Becken beweglich, die Herztöne sind gut hörbar, 12:11:12. II. Schädellage. Verengtes Becken II. Grades — Hängebauch.

Gegen Abend zu werden die Wehen viel schmerzhafter und die Herztöne beschleunigt: 14:13:14. Von der inneren Wendung wird Abstand genommen, weil die dünnwandige Muskulatur des Uterus und die morsche Portio Rupturen beziehungsw. Risse beim Einführen der Hand sehr wahrscheinlich erscheinen lassen. Mm. ist nur für drei Finger durchgängig. Im Laufe der Nacht 15./16. nichts besonderes. Am Morgen des 16. VII. um 8.20 Uhr beträgt die Temperatur 39,1 und der Puls 96. Wehen recht schmerzhaft. Kindliche Herztöne: 14:15:15. Jedoch gehen alle diese Symptome wieder zur Norm zurück. — Um 10.20 Mm. fünfmarkstückgroß. Lippenoedem. Kopf fest aufs Becken gepreßt. Vorderes Scheitelbein mehr ein-

gestellt als hinteres. Ballon des Metreurynters (450 ccm Karbolwasser) wird auf leichten Druck ausgestoßen. Herztöne sehr schwankend. Ausfluß einer serösen, blutigen, übelriechenden Flüssigkeit. Die Temperaturerhöhung, das zunehmende Oedem sowie der übelriechende Ausfluß indizieren eine Beendigung der Geburt von seite der Mutter, weshalb zur Perforation des lebenden Kindes mit folgender Kephalotrypsie geschritten wird. Der Kopf war indessen etwas tiefer getreten, stand aber immer noch kaum im Beckeneingang. Extraktion gelingt leicht unter verschiedenen Drehungen des Kopfes. Nabelschnur nicht umschlungen. Geringe Blutung. Nach einer Stunde wegen Blutabgang aus dem jetzt wieder weichen Uterus, Massage desselben und Expression der Placenta nach Crédé.

Kind: weiblich, tot, perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 7110 g.

Nach normalem Wochenbett-Verlauf wird P. gesund am 24. Juli 1902 entlassen.

Fall XXVIII. 1902 J.-Nr. 849.

Wally St., Spänglersfrau, 26 J., IIp.

Erstes Kind in Schädellage, wobei die Zange angewendet wurde. Dammriß. Das Kind starb nach einigen Stunden.

Beckenmaße konten nicht mehr genommen werden.

P. wird am 8. September 1902 um 1.40 im Sanitätswagen aus Planegg eingeliefert. Ein Begleitzettel besagt: platt rhachitisches Becken, hohe Zange vergeblich versucht, Perforation und Kranioklasie umsonst. Absolute Indikation zum Kaiserschnitt. Nach Kampherinjektion beginnt die Narkose, die gut vertragen wird. Uterusruptur wird vermutet. Es besteht Dammriß III. Grades und mehrfache Quetschungen der hinteren Kommissur. Im Beckeneingang steht jetzt der kindliche Schädel, dessen Knochen stark übereinander geschoben sind. Mittels starken Troicars wird die Naht eröffnet und mit der Schere erweitert. Der Kranioklast bringt den Kopf in erster Lage heraus. Mit wiederholten Drehungen gelingt auch die Extraktion des Rumpfes. Dammriß mit 4 Catgutnähten geschlossen. Placenta spontan nach $1^1/_2$ St.

Kind: Angaben hierüber fehlen.

Während des Wochenbettes tritt Cystitis ein. Am 29. VII. wird P. auf eigenes Risiko entlassen.

Fall XXIX. 1902 J.-Nr. 1057.

Ursula W., Dienstmägd, 26 J., Ip.

Als Kind hatte P. Gesichtsrose und ist außerdem seit 19. Jahre schwerhörig.

Beckenmaße: dist. sp. 26,5; cr. 28,5; cjt. ext. 19,5; diag. 11,5. Beckenumfang 92 cm.

Beim Eintritt in die Klinik am 22. Nov. 1902 7 Uhr abends gibt P. an, seit Mittag 1 Uhr seien

Wehen vorhanden, die während des Nachmittags stärker wurden. Blase noch nicht gesprungen. Der Kopf ist etwas nach rechts aus der Mittellinie abgewichen. Herztöne sind regelmäßig, 12 : 12 : 11. Am nächsten Tage (23. XI.) früh 11 Uhr ergibt die innere Untersuchung: Mm. für 4 Finger durchgängig. Kopf fest ins Becken eingetreten. Die Nähte und Fontanellen sind wegen starker Kopfgeschwulst nicht zu fühlen. Herztöne 12 : 12 : 12. Nachmittags 2 Uhr: Kindliche Herztöne 180 pro Minute. Nachm. 3 Uhr: Kindl. Herztöne 7 : 8 : 7.

Damit bricht der Journalbericht plötzlich ab.

Kind: ausgetragen, tot, männlich, mit Perforationsöffnung in der Gegend der kleinen Fontanelle. Nabelschnur mehrmals um die Füße geschlungen. Nachgeburt nach Crédé.

Länge: 52,5 cm.

Gewicht: 2800 g.

Fall XXX. 1903. J.-Nr. 57.

Anna Schr., Köchin, 29 J., Ip.

Vater soll an Lungenentzündung gestorben sein. Mutter und sieben Geschwister leben, gesund. Bleichsucht.

Beckenmaße: dist spin. 26; cr. 30; cjt. ext. 20 cm. Beckenumfang 98 cm.

P. gibt bei ihrem Eintreffen am 17. Januar 1903 um $4^1/_2$ Uhr an, daß sie von ihrem Arzte nach vergeblichen Zangenversuchen hierher geschickt worden sei. Wehentätigkeit sehr ener-

gisch. Vulva stark oedematös; Erythem der Leistenbeuge. Introitus sehr eng und stark gerötet. Der Kopf steht in Beckenenge mit der großen Fontanelle nach hinten rechts. Starke Kopfgeschwulst. Bis morgens 7.25 bleiben die Wehen immer kräftig, ohne daß die Geburt fortschreitet. Temperatur andauernd 38,1. Die kindlichen Herztöne sind trotz genauester Kontrolle nicht wahrnehmbar. Daher Perforation durch die kleine Fontanelle und Extraktion ohne Schwierigkeiten. Vernähung eines Scheiden- und leichten Dammrisses. Placenta nach Crédé entfernt; starke Blutung.

Kind: weiblich, ausgetragen, tot, mit Perforationsöffnung an den Parietalia nahe der kleinen Fontanelle.

Länge: 53,5 cm.

Gewicht: 2850 g.

Während des Wochenbettes hatte P. längere Zeit erhöhte Temperaturen sowie übelriechenden Lochialfluß, wurde jedoch am 6. Februar gesund entlassen.

Fall XXXI. 1903 J.-Nr. 127b.

Maria D., Magd, 28 J., Ip.

Beckenmaße fehlen.

Am 11. Februar 1903 6.30 früh bringt P. folgende Mitteilung von Dr. Casella in Perlach bei München mit in die Klinik: M. D. wurde heute 6 Uhr von mir nach zwei vergeblichen Zangenversuchen durch Perforation des Kindes ent-

bunden. Mangels geeigneter Pflege während des vielleicht komplizierten Wochenbettes überlasse ich die P. der Klinik. Die Wehen begannen vor 2 Tagen. Gestern nachts 10 Uhr wurde ich zum erstenmale gerufen; heiße Ausspülungen. Cocaïn 0,03 als Suppositorien. Mitternachts 12 Uhr ersten Zangenversuch gemacht. Kopf im Beckeneingang. II. Vorderscheiteleinstellung. Bald stand ich von weiteren Versuchen ab. Kolpeuryntereinlage. 5 Uhr morgens Kopf nicht weiter vorgerückt. Zweiter Zangenversuch und daran anschließend sofort Perforation. Antisepsis wurde, so gut als es in den räumlichen Verhältnissen der P. möglich war, beobachtet.

Wochenbett normal; am 13. Februar verzeichnet der letzte Eintrag: Lochien etwas übelriechend, Schmerzen im rechten Parametrium, Temp. 36,7, Puls 90.

Fall XXXII. 1903 J.-Nr. 198.

Marie M., Schmiedsfrau, 31 J., VIp.

Eltern und 6 Geschwister gesund; 7 Geschwister gestorben. Als Kind hat P. Masern und Rhachitis durchgemacht.

1. Geburt: spontan,
2. Geburt: totgeboren mit 7 Monaten,
3. Geburt: perforiert,
4. Geburt: totgeboren mit 7 Monaten,
5. Geburt: Operation. Kind tot.

Die Wochenbetten verliefen ohne Störungen.

Beckenmaße: dist. spin. 27; cr. 30; cjt. ext. 19,5 cm. Beckenumfang 95 cm.

Rhachitisches Becken und Exostose an der Innenseite der Symphyse.

P. kommt am 28. Februar 1903 um 4 Uhr nachmittags in die Klinik, daß um 2 Uhr die Blase gesprungen sei und die Wehen begonnen hätten; gleichzeitig habe sie den Vorfall einer Nabelschnurschlinge aus der Vulva bemerkt. Die Untersuchung konstatiert II. Schädellage mit nach rechts abgewichenem Kopfe; aus der Vulva hängt eine Nabelschnurschlinge von etwa 20 cm. Mm. kleinhandtellergroß. Nabelschnur völlig pulslos, demgemäß nirgends Herztöne zu hören. Wehen sind noch schwach. In Narkose wurde eine spitz gegen das Promontorium vorspringende Exostose festgestellt, welche die Cjt. vera auf 6,5 cm festsetzen ließ. Cjt. diagon. int. 8,8 cm. Da außerdem der Kopf sehr groß war und ein sehr hartes Schädeldach erkennen ließ, erschien dem Konzilium eine Spontangeburt völlig ausgeschlossen. Sectio caesarea verweigert. Die Perforation war zunächst wegen Hochstand des Kopfes und wegen seiner Beweglichkeit noch nicht ohne Gefahr ausführbar. Es wurde deshalb zuerst zur Wendung geschritten, die auch mit Schwierigkeiten gelang. Nach Abnabelung des toten Kindes mußte der noch immer im Becken feststeckende Kopf zwischen For. magnum und Proc. mastoid. mit dem dolchförmigen Perforatorium durchbohrt werden, um eine schwerere Quetschung der mütterlichen Weichteile zu vermeiden. Mittels des Kranioklasten gelang die Extraktion leicht. Placenta konnte nach Crédé nicht entfernt werden, sondern

nur durch manuelle Lösung. Damm blieb unverletzt.

Kind: männlich, perforiert.

Länge: 54 cm.

Gewicht: 3300 g.

Nach normalem Verlaufe des Wochenbettes kam P. am 7. März gesund zur Entlassung.

Fall XXXIII. 1903 J.-Nr. 680.

Louise E., Köchin, 28 J., Ip.

Vater und Mutter an Wassersucht gestorben.

Beckenmaße: dist. sp. 26,5; cr. 29,5; cjt. ext. 20. Beckenumfang 94 cm.

II. Steißlage. Beim Eintritt der P. am 24. Juli 1903 nachm. 5 Uhr waren die Wehen kräftig, die kindlichen Herztöne anfangs normal, dann vorübergehend sehr beschleunigt, bis 154, ja sogar 160 pro Minute. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kopf im Beckeneingang. — Am nächsten Tage früh 8 Uhr erfolgte Blasensprung. Da die Mutter bis 10 Uhr gar keine Wehen bekommt und das Kind abgestorben ist, andererseits sich große Mattigkeit, ein Puls von 116 und eine Temperatur von 37,6 einstellt, wird zur künstlichen Entbindung geschritten. Mm. zeigt sich erweitert, der vorliegende Teil ist das Steißbein. Kind bereits maceriert. Der Operateur holt einen Fuß herunter und beginnt damit die Extraktion. Da der Kopf nicht folgt, bricht durch die angewandte Gewalt die Wirbelsäule ab. Dekapitation und Perforation durch das rechte Auge.

Mittels Kranioklast sogar gelang die Extraktion des Kopfes nur schwer. Große Blutung. Placenta nach Crédé entfernt. Blutung steht.

Kind: weiblich, ausgetragen, maceriert.

Länge: 52 cm.

Gewicht: 2300 g.

Während eines sehr langwierigen Wochenbettes hatte P. viele Tage lang Meteorismus, Schüttelfröste, hohe Temper. (38,8). Brechdurchfall, Cystitis, Decubitus. Der letzte Eintrag dieser Art findet sich am 15. August 1903.

Fall XXXIV. 1903 J.-Nr. 1013.

Fanny Schm., Arbeiterin, 37 J., Ip.

Vater an Gicht gestorben. P. zeigt Ausschlag an Armen, Beinen und Abdomen.

Beckenmaße: d. sp. 27,5; cr. 30,5; cjt. ext. 2,5; Beckenumfang 106 cm.

II. Gesichtslage. Eingetreten am 23. X. 1903 um 10.15 vormittags. — Mit dem Blasensprung am 24. X. um 3 Uhr früh setzen regelmäßige, mittelkräftige Wehen ein. Kopf fest im Becken. Herztöne 13:13:13. Von 9 Uhr Vorm. ab keine Herztöne mehr hörbar. Kopf in Beckenweite. Gesichtslinie im rechten schrägen Durchmesser. Temp. 36,8. Wehen alle 6—8 Minuten. Bis 2 Uhr nachm. dreht sich die Gesichtslinie mehr in den Querdurchmesser. Um 4 Uhr Perforation der rechten Seitenfontanelle. Kranioklasie und Extraktion. Riß der hinteren Vaginalwand. Placenta nach Crédé.

Kind: tot, perforiert, 2mal Nabelschnur umschlungen.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2450 g.

Wochenbett völlig normal. P. am 31. X. gesund entlassen.

Fall XXXV. 1903 J.-Nr. 1111.

Marie R., Aufsehersfrau, 34 J., IIp.

Vater an Schlagfluß gestorben; P. mit 17 J. Bleichsucht; auch in diesem Jahre Chlorose. P. hat erst spät laufen gelernt und als Kind krumme Beine gehabt. Erste Entbindung wegen Unmöglichkeit einer Spontangeburt Perforation.

Beckenmaße: dist. sp. 24,5; cr. 25,6; cjt. ext. 19,5; diag. 10,7 cm. Beckenumfang 90 cm.

Eingetreten 25. November 1903 3 Uhr p. m. Am 27. XI. beginnt der Eintrag: Nach einem Versuch mit dem Colpeurynter (250 ccm) ergibt sich: Mm. für 1 Finger durchgängig. Kopf steht beweglich im Beckeneingang. Herztöne 13:13:13. Wehen fehlen bis jetzt vollständig. Das Einlegen von Colpeurynteren mit 300 und 400 ccm hat denselben Erfolg. Am 28. XI. wird mittags eine geigenförmige Gummiblase mit 100 ccm eingelegt — ohne Erfolg. Als deren Inhalt auf 200 erhöht wird, treten nachmittags die ersten wehenartigen Schmerzen auf. Herztöne konstant 13:12:13. Ein weiterer Colpeurynterversuch mit 300 ccm Inhalt erweitert den Mm. bis auf 3 Fingerbreite. Während der Nacht werden weitere 100 ccm ein-

gegossen. Mm. für 4 Finger durchgängig. Die Wehen treten nunmehr kräftig und regelmäßig auf. Herztöne 13:14:13. Allgemeinbefinden dauernd gut. Status bleibt während des ganzen folgenden Tages (29.) idem. Abends 7 Uhr hat sich eine Schieflage I. Grades eingestellt, weshalb durch Druck von außen wieder eine II. Schädellage dorso-posterior hergestellt. Herztöne kräftig, 13:13:13.

Am 30. XI. vormittags ist der Kopf über Beckeneingang noch immer beweglich; eine vorgefallene Nabelschnurschlinge wird reponiert (wiederholt sich noch 2mal). Die Wehen werden wieder geringer, die Herztöne leiser, 11:10:11. Mm. für 3 Finger durchgängig.

Mittags 12 Uhr: Wendung nach Braxtau-Slix auf den linken Fuß. Um 2.40 verschwinden die Herztöne völlig. Wehen vorübergehend kräftiger. Endlich abends 10 Uhr Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes zwischen Wirbelsäule und Occipitale. Befinden P. gut.

Kind: ausgetragen, weiblich, tot.

Länge: 48 cm.

Gewicht: 2200 g.

Wochenbett völlig normal. P. am 9. Dezember ausgegangen.

Fall XXXVI. 1903 J.-Nr. 1142.

Maria M., Zimmermädchen, 29 J., IIIp.

Vater und 4 Geschwister gesund. 21. Juni 1899 in der Klinik durch Wendung und Ex-

traktion wegen Schieflage entbunden. Kind tot, Dammriß, Fieber im Wochenbett. 25. Februar 1901 in der Klinik durch Wendung und Extraktion wegen Schieflage entbunden. Kind lebte 7 Monate lang. Dammriß. Wochenbettfieber. P. verschiedenemale wegen Gonorrhoe in Behandlung.

Beckenmaße: dist. sp. 26,5; cr. 29,5; cjt. ext. 20,2; diag. 10,5. Beckenumfang 94 cm.

Schieflage II. Grades beim Eintritt konstatiert. Herztöne gut, 12:12:12. Linker Arm fällt 2mal vor.

Abends 5 Uhr Steigerung der Herztöne, 14:13:14. Wehen mäßig stark. In Chloroform-Narkose Wendung mit Schwierigkeiten, weil Mm. noch nicht völlig erweitert. Nabelschnur pulsiert darnach nicht mehr. Daher Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Placenta nach Crédé. Keine Blutung.

Kind: ausgetragen, männlich, perforiert am For. magnum.

Länge: 52 cm.

Gewicht: 3360 g.

Wochenbett völlig normal; letzter Eintrag am 18. Dez. 03.

Fall XXXVII. 1904 J.-Nr. ?

Aus dem Hauptbuch entnehme ich folgende Notiz, während im Geburtsjournal jeglicher Eintrag fehlt:

Helene Schl., Ipara.

Am 15. Januar 1904: 10.30 Uhr p. m. Geburt eines toten, ausgetragenen Mädchens durch Perforation, Wendung und Extraktion.

Fall XXXVIII. 1904 J.-Nr. 422a.

Elise E. — Hauptbuch 27. Mai 1904: Perforation des Kindes; Uterusruptur; Laparotomie; Exitus letalis.

Weitere Angaben nicht erhältlich, da im Geburtsjournal jeglicher Eintrag fehlt.

Fall XXXIX. 1904 J.-Nr. 392.

Rosa R., Dienstmädchen, 27 J., Ip.

Mutter im Wochenbett gestorben.

Beckenmaße: dist. sp. 26,5; cr. 28,5; cjt. ext. 19; diag. 10,2. Beckenumfang 98 cm.

II. Schädellage. Beim Eintritt am 14. Mai 1904 um 5.30 Uhr Nachm. waren die Wehen bereits kräftig und schmerzhaft, Herztöne aber nicht zu hören. Abends 8 Uhr fiel der P. beim Pressen auf dem Abort eine Nabelschnurschlinge (etwa 5 cm lang) vor, die nicht pulsierte. Während der Nacht stellte sich heftiges Erbrechen unverdauter Speisen und dann galliger Massen ein; Wehen waren keine vorhanden, jedoch große Schmerzen. Puls und Temp. gut.

Am 15. Mai 8 Uhr früh: Keine Wehen; Nabelschnur 30 cm vorgefallen; ständiger Abfluß

von Mekonium. Kopf bleibt unbeweglich im Beckeneingang. Temp. 37,5. P. ist durch das häufige Erbrechen während der ohnedies schlaflosen Nacht sehr geschwächt. Da zudem Conj. diag. 10,0 cm beträgt, also ein verengtes Becken vorliegt, wird zur Perforation des längst toten Kindes geschritten. Der Kopf ist nur mit einem kleinen Segmente im Beckeneingang eingestellt. Perforation der Sagittalnaht und Kranioklasie (Siebold'sche Schere). Darauf wird P. wieder ins Bett zurückgebracht. Temp. 36,5; Puls 88. Mittags angestellte Versuche, die über der Symphyse stehende Basis Cranii in den Beckeneingang herabzudrücken, bleiben ohne Erfolg. Auch während des Nachmittages treten keinerlei Wehen auf, dagegen oedematöse Schwellung der Vulva und der hinteren Commissur. Abends 6 Uhr Schmerzen im Kreuz. Temp. 38,4; Puls 88—92. Colpeurynterversuch während der Nacht; Temp. 37,2. Wehen vorübergehend etwas stärker.

Am 16. Mai 8 Uhr früh: Abdomen stark aufgetrieben; Uterus gibt tympanitische Dämpfung; fötide Gase gehen per os und per vaginam ab. Mm. fünfmarkstückgroß. Kopf noch immer im Segment zwischen Beckenenge und Beckenweite.

9.30 Uhr Vorm.: Mittels Kranioklast Extraktion, wobei der Kopf abreißt; ebenso reißt der entwickelte linke Arm ab; Wendung auf beide Füße; Extraktion des Rumpfes. Damm intakt, ebenso Cervix. Placenta nach Crédé entfernt. Dabei steter Abgang fötider Gase.

Auch während des Wochenbettes rochen die Lochien sehr übel; 2 Schüttelfröste.

Der letzte Eintrag am 30. Mai 04 lautet: Subjektives Befinden gut.

Kind: weiblich, völlig zerstückelt, maceriert.

Länge: 59 cm (?).

Gewicht: 2750 g.

Fall XL. 1904 J.-Nr. 824.

Anna S., Näherin, 20 J., Ip.

P. will erst mit 2 Jahren laufen gelernt haben.

Beckenmaße: dist. spin. 24; cr. 26; cjt. ext. 17; Beckenumfang 95 cm.

I. Schädellage. Bei der ersten Vorstellung der P. in der Klinik am 22. Oktober 1904 8 Uhr abends waren die kindlichen Herztöne gut, 12:13:12. Die Wehen schwach, die Blase noch nicht gesprungen. Am nächsten Morgen 24. X. um 9 Uhr kehrt P. mit kräftigen Wehen zurück. Nach Eröffnung der Blase waren die Herztöne 10:9:10 und die Wehen kräftig, alle 3 Minuten.

Nachm. 2.45: Wehen ditto; Mm. kleinhandtellergroß. Pfeilnaht des vorliegenden Kopfes quer, ganz vorne an der Symphyse. Links kleine Fontanelle zu fühlen, Promontorium nicht erreichbar. Die Wendung gelingt in der Narkose, war aber mehrfach von krampfartigen Kontraktionen des Mm. gestört. Darnach ist die Pulsation der Nabelschnur nicht mehr zu erkennen; Herztöne nirgends wahrnehmbar. Zweimalige Perforation des schwer zu fixierenden Kopfes.

(1. Durch den Nacken und quer durch Rachen und Mundhöhle bis an das linke Os temporale . . ., 2. Sagittalnaht.) Die Extraktion gelingt durch den Mund—Nackengriff leicht ohne Kranioklast. Damm intakt. Placenta spontan.

Kind: weiblich, tot, fast ausgetragen, 2mal perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2650 g.

Nach normalem Wochenbett wird P. am 3. November gesund entlassen.

Fall XLI. 1904 J.-Nr. 709.

Marie Fr., Köchin, 27 J., Ip.

Eltern und 7 Kinder gesund. P. kommt von Herrn Dr. Hilz in die Klinik geschickt. Nach 54stündiger Wehentätigkeit bei einmarkstückgroßem Mm. (Kind tot, Katheterismus angeblich unmöglich.) zur event. Sectio caesarea.

Beckenmaße fehlen.

I. Schädellage. Die P. wird am 13. September 1904 um 9 Uhr früh durch die Sanitätskolonne eingeliefert. Wehen angeblich seit 11. IX. 3 Uhr früh, demnach 54 Stunden, vorhanden und alle 3 Minuten, sehr schmerzhaft. Blase gefüllt. Leib aufgetrieben bis Proc. xiphoid. Starkes Oedem der Bauchhaut und der Vulva. Keine Herztöne. Katheterismus liefert 300 ccm alkalischen Harn. Mm. fünfmarkstückgroß; ein fester, dicker Saum ringsum vorhanden — kleine

Fontanelle links vorne — Pfeilnaht schräg nach hinten rechts verlaufend — Kopf in Beckenweite.

10.50 Uhr: Wehen fast ohne Pause — Uterusruptur droht; deshalb Perforation durch die Pfeilnaht — Extraktion mit Kranioklast sehr schwierig wegen Enge des Mm. Bei Passage der Schultern entsteht ein kleiner Dammriß II. Grades; geringe Blutung. Placenta spontan nach Modus Schulze.

Kind: männlich, ausgetragen, tot.

Länge: 52 cm.

Gewicht: 3450 g.

Das völlig normal verlaufene Wochenbett führte am 22. Sept. zur Bewilligung der erbetenen Entlassung.

Fall XLII. 1904 J.-Nr. 938.

Franziska B., Assist.-Gattin, 27 J., IIp.

Mutter an Gehirntyphus gestorben, ein Bruder an Lungenleiden; 10 andere Geschwister leben, gesund. P. lernte erst mit 3 Jahren laufen.

Beckenmaße: dist. sp. 27,5; cr. 29,5; cjt. ext. 19,2; Beckenumfang 87 cm.

I. Schädellage. Am 2. Dezember 1904 abends 9 Uhr wird P. von der Sanitätskolonne auf Anraten des Arztes in die Klinik gebracht. Herztöne 9:10:9. Wehen waren während des ganzen Tages sehr heftig und schmerzhaft. Kopf steht im Beckeneingang; seine vordere Hälfte ragt deutlich oberhalb der Symphyse hervor. Mm. kleinhandtellergroß. Hinterscheitelbein-Einstellung —

Steilnaht quer dicht an der Symphyse — P. äußerst erschöpft — andauernde Steigerung der Wehen an Häufigkeit und Heftigkeit, bis um 11 Uhr ausgesprochener Tetanus uteri besteht. Lage des Kindes unverändert. Herztöne 12:11:12. Perforation durch die Pfeilnaht. Extraktion mit Kranioklast schwierig; darauf wird die bereits in der Scheide befindliche Placenta exprimiert. Minimale Blutung.

Kind: weiblich, ausgetragen, tot.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 2320 g.

Wochenbett völlig normal — führt am 10. Dezember zur Entlassung der gesunden P.

Fall XLIII. 1905 J.-Nr. 73.

Lina Br., Köchin, 25 J., Ip.

Familienanamnese ohne Belang.

Beckenmaße: dist. spin. 26; cr. 29; cjt. ext. 21; Beckenumfang 115 cm.

II. Gesichtslage. Beim Eintritt am 23. Januar 1905 um 9.30 Uhr sind die Wehen der P. schwach. Mm. fast völlig erweitert; Kopf im Beckeneingang unbeweglich; Gesichtslinie im queren Durchmesser. Herztöne andauernd 9:10:9. Früh 3 Uhr hat sich das Kinn nach hinten gedreht; Kopf in Beckenweite. Vorübergehend Temp. 38,5 bis 38,8. Herztöne beschleunigt. Morgens 5 Uhr Kopf mit seinem großen Durchmesser ins Becken eingetreten — vergebliche Forcepsversuche; ebenso mißlang der Versuch, eine komplizierte Hinter-

hauptslage herzustellen sowie mehrere Wendungsversuche. Abrennung des linken Fußes unterhalb des Hüftgelenkes. Perforation durch die Pfeilnaht und Extraktion mit Kranioklast. Damm intakt; Placenta spontan.

Kind: männlich, tot, perforiert.

Länge: 56 cm.

Gewicht: 3570 g.

Während des Wochenbettes waren die Lochien andauernd sanguinolent, reichlich und übelriechend. Mehrfache Schütttelfröste, sogar noch im letzten Eintrage, verzeichnet am 10. Februar 1905.

Fall XLIV. 1905 J.-Nr. 168.

Marie H., Schneiderin, 30 J., IIIp.

Eingetreten am 19. Februar 05 8 Uhr a. m.

Vater vor 5 Jahren an Pneumonie gestorben; Mutter gesund, hat 1 mal ohne, 10mal mit ärztlicher Hilfe geboren. 6 Kinder davon leben. P. hat als Kind Rhachitis durchgemacht, lernte erst mit 5 Jahren laufen.

1. Geburt 1897: Forceps (in hiesiger Klinik),
2. Geburt 1902: Perforation (cfr. XXI). Beide Kinder bei Geburt tot.

Beckenmaße: dist. sp. 26; cr. 27,5; cjt. ext. 17,5; cjt. vera 10,0; diag. 11,5 cm.

I. Schädellage. Hintere Steißbeineinstellung. — P. kommt früh 8 Uhr per Droschke in die Klinik mit der Angabe, seit gestern Nachm. 2 Uhr Wehen zu haben; diese sind jetzt sehr stark

und frequent und verursachen große Schmerzen. Herztöne sehr labil, 8:9:8 — 12:12:10. Mm. reichlich handtellergroß. Kopf beweglich im Beckeneingang; Pfeilnaht verläuft quer, nahe der Symphyse. Nabelschnur fällt weit vor und pulsiert nicht mehr. Auch in Hinblick auf die Anamnese entschließt man sich zur Perforation der großen Fontanelle. Extraktion mit dem Kranioklast. Bei Passage der Schultern entsteht ein Dammriß I. Grades. Placenta nach Crédé entfernt.

Kind: weiblich, ausgetragen, perforiert.

Länge: 49 cm.

Gewicht: 2650 g.

Nach normalem Wochenbett wird P. am 26. Februar gesund entlassen.

Fall XLV. 1905 J.-Nr. 290.

Barbara R., Zimmermädchen, 30 J., Ip.

Mutter an Herzwassersucht gestorben, Vater an Lungenleiden. P. war als Kind rhachitisch. Vor 3 Jahren soll sie Lungenspitzenkatarrh durchgemacht haben.

Beckenmaße: dist. sp. 23,5; cr. 25,5; cjt. ext. 19,3; Beckenumfang 92 cm.

Beim Eintritt der P. in die Klinik am 23. März 1905 mittags 12 Uhr sind die Wehen andauernd. Der Kopf noch nicht ins Becken eingetreten. Mm. fünfmarkstückgroß. — Nachm. 3 Uhr: Uterus in beständiger Kontraktion, deshalb hart und schmerzhaft; über Fundus, etwa eine Hand-

fläche groß, besteht tympanitischer Schall. Fruchtwasser stinkt. Kindliche Herztöne 156; Fieber; P. 124. Lauter wichtige Indikationen zur Kunstgeburt. Wendung wegen drohender Ruptur nicht angezeigt.

Nachm. 4 Uhr: Perforation der großen Fontanelle; Extraktion mit Kranioklasie. Placenta nach Crédé. Doppelseitiger großer, bis ins Scheidengewölbe reichender Cervixriß. Linksseitiger Scheiden—Dammriß II. Grades. Tamponade. Kampher. Meteorismus.

Kind: weiblich, ausgetragen, perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 3150 g.

Wochenbett ohne Komplikationen. Am 6. April gesund entlassen.

Fall XLVI. 1905 J.-Nr. 318.

Bertha B., Dienstmädchen, 26 J., 1p.

Vater und Mutter an Lungensucht gestorben. P. selbst mit 12 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht. P. hat erst spät laufen gelernt.

Beckenmaße: dist. sp. 22; cr. 23,5; cjt. ext. 17,5; cjt. diag. 9; Umfang 80 cm.

I. Schädellage. Am 31. März 1905 abends 9 Uhr wird P. von der Sanitätskolonne eingeliefert mit mäßig starken, schmerzhaften Wehen. Der große Kopf war noch nicht in das (verengte) Becken eingetreten.

Befund vom 1. April 05 früh 9 Uhr: Vordere Scheitelbein-Einstellung, große Kopfgeschwulst.

Mm. kleinhandtellergroß. Häufiges galliges Erbrechen und Blutspucken. Herztöne in Pause 10:10:10. Auch im Laufe des Abends bleibt der Kopf größtenteils über dem Beckeneingang zu fühlen.

Am 2. April 11 Uhr Vormittags: Stat. idem. Abends 6.30 Uhr: Abgang von Mekonium. Herztöne 14:13:14. Pfeilnaht verläuft quer, nahe dem Promontorium. Kopf festgeklemmt. Herztöne des Kindes beschleunigt. Leichtes Oedem, übelriechender Ausfluß; deutliche beginnende Tympania uteri. Beim Versuch mit Forceps rückt der Kopf keine Linie tiefer.

Abends 8 Uhr: Perforation der kleinen Fontanelle. Extraktion und Kranioklasie. Damm bleibt intakt. Placenta folgt auf leichten Druck; geringe Blutung.

Kind: männlich, klein, perforiert.

Länge: 49 cm.

Gewicht: 2370 g.

Das Wochenbett verlief normal. Am 17. April verläßt P. auf eigene Faust die Klinik.

Fall XLVII. 1905 J.-Nr. 820.

Maria G., Taglöhnersfrau, 35 J., IIIp.

Eltern und Geschwister leben, gesund.

1. Partus 1898: Forceps (in der Klinik),
2. Partus 1902: spontan (in der Klinik).

Beckenmaße: dist. sp. 24; cr. 26,5; cjt. ext. 17 cm; Beckenumfang 76 cm.

Beim Eintritt der P. in die Klinik am 26. Aug. 1905 um 12.15 Uhr nachts sind die Wehen sehr kräftig (2—3 Min.). Herztöne sind nicht zu hören. P. gibt an, seit 2 Tagen keine Kindsbewegungen mehr gefühlt zu haben. Im Laufe des Vormittags treten starke Preßwehen auf, ohne daß der Kopf aus der Beckenweite heraustritt. Kleine Fontanelle rechts unter der Symphyse, große Fontanelle links hinten. — Befund um 11.45 Uhr: Da das Kind unzweifelhaft tot ist und die Geburt trotz der stärksten Wehen nicht fortschreitet, wird die Perforation durch die kleine Fontanelle ausgeführt. Extraktion gelingt leicht. Placenta spontan nach Massage. Keine Blutung.

Kind: männlich, tot, perforiert.

Länge: 52 cm.

Gewicht: 2900 g.

Wochenbett völlig normal. P. ist am 1. September gesund entlassen.

Fall XLVIII. 1905 J.-Nr. 933.

Pauline R., Früchtenhändlerstochter, 26 J., Ip.

Vater an Herzwassersucht gestorben; Mutter und Geschwister lungenleidend.

Beckenmaße: dist. sp. 26; cr. 28,5; cjt. ext. 20; cjt. diag. 11,25; Beckenumfang 90 cm.

Als P. am 1. Oktober 1905 um 6 Uhr abends in der Klinik eintrifft, gibt sie an, schon seit acht Tagen wehenartige Schmerzen zu haben; die Blase sei heute morgens 1/21 Uhr gesprungen. Der Kopf

steht über dem Beckeneingang beweglich. Mm. für 1 Finger durchgängig. — Während des ganzen 2. Oktobers bleibt stat. id. Herztöne regelmäßig, 12:13:12. Abends sind die Wehen vorübergehend etwas stärker. — Im Verlaufe des 3. Oktober bleibt der Kopf beweglich im Beckeneingang. Mm. durch Einlage eines Ballons in die Scheide nach Champetier für 2 Finger durchgängig. Temperatur 38,7; Puls 112. — Am Morgen des 4. X. treten kräftigere, schmerzhafte und sehr häufige Wehen auf. Die Herztöne sind regelmäßig, beschleunigt, 14:15:15. Mm. kleinhandtellergroß geöffnet. Tendenz zur Gesichtslage. Nachmittags 4 Uhr zeigen die Herztöne eine Frequenz von über 160 pro Min. Die Stirne steht noch immer am tiefsten. Wehen gehen zurück. Nachts 1 Uhr (5. X.) Herztöne verschwunden; Wehenschwäche; keine Schmerzen. Der rechte Fuß der P. ist immer „eingeschlafen", wohl infolge Druckes auf den Plexus. Um 9 Uhr früh (5. X.) keine Herztöne; keine Tympanie; übelriechendes Fruchtwasser geht ab; Temp. 36,7. Perforation der großen Fontanelle unter Fixation von außen. Extraktion mittels Kranioklast. Placenta nach Crédé exprimiert. Blutung gering. (II. Stirnlage.)

Kind: weiblich, ausgetragen, perforiert.

Länge: 50 cm.

Gewicht: 3050 g.

Wochenbett völlig normal verlaufen. P. am 12. X. gesund entlassen.

Fall XLIX. 1905 J.-Nr. 1144.

Katharina K., Stickerin, 19 J., Ip.

II. Schädellage. Am 14. Dezember 05 abends 9 Uhr wird P. durch die Sanitätskolonne zur Klinik gebracht in komatösem Zustande; es liegt die Angabe bei, der gegenwärtige Anfall sei der vierte.

Als Resultat der inneren Untersuchung geht ein kurzer Bericht an Herrn Geheimrat von Winckel ab, der u. a. besagt: Kopf oberhalb des Beckens, Temp. 37,0, Puls 72. Daraufhin wird Anwendung der Zange von Bossi verordnet. 10 Uhr abends ist der Befund der Mutter gut. Die kindlichen Herztöne sind nicht mehr zählbar und betragen weit über 160. Kein Anfall mehr. Nach dem um 11 Uhr erfolgten Sprung der Blase steht der Kopf im Beckeneingang. Herztöne auf 100 zurückgegangen. Während der Anwendung der Zange von Bossi gegen 12 Uhr nachts sterben die Herztöne ab. Auch auf Einlage eines Metreurynthors (750 ccm) folgt der Kopf nicht weiter nach abwärts.

Um 12.30 Uhr: Puls der Mutter frequent und klein; keine kindlichen Herztöne mehr. Daher Perforation und Extraktion, wobei geringer Perinealriß entsteht. Während der Operation kein Anfall der P. Puls 120. Placenta nach Crédé entfernt. Tamponade. . . Erst gegen 6 Uhr morgens erfolgt der erste, gegen 10 Uhr der zweite eklamptische Anfall nach der Operation. Chloralhydrat.

Wochenbett normal. Geringes Oedem der Beine.

Am 24. XII. P. gesund entlassen.

Kind: Mädchen, tot, ca. 34 Wochen alt.

Länge: 32 cm.

Gewicht: 890 g.

* * *

Die im Vorstehenden geschilderten 49 Fälle von Perforation sind die Summe aller Fälle aus einem Zeitraum von 1900 bis 1905 einschließlich, also von 6 Jahren, mit einer Gesamtzahl von 7163 Geburten; daraus resultiert also ein durchschnittlicher Prozentsatz von 0,68.

In folgender Weise nehmen daran die einzelnen Jahre teil:

1900: insgesamt 1425 Geburten, davon 11 Perforationen = 0,77%.

1901: 1154 Geburten, davon 9 Perforationen = 0,78%.

1902: 1172 Geburten, davon 9 Perforationen = 0,76%.

1903: 1201 Geburten, davon 7 Perforationen = 0,58%.

1904: 1018 Geburten, davon 6 Perforationen = 0,59%.

1905: 1193 Geburten, davon 7 Perforationen = 0,50%.

Jahr	Zahl d. Geburten	Perfor.	Prozentsatz
1900	1425	11	0,77
1901	1154	9	0,78
1902	1172	9	0,76
1903	1201	7	0,58
1904	1018	6	0,59
1905	1193	7	0,50
1900/05	7163	49	0,68

Zum Vergleiche mit diesen Zahlen möchte ich im Folgenden kurz auf die früheren Jahre zurückgreifen.

In einer älteren Arbeit finde ich für die Jahre 1886—92 als Häufigkeitsindikator der Fälle von Perforation 0,54% angegeben.

Viktor Steiner berechnet in seiner Dissertation über 26 Perforationen aus den Jahren 1892—96 einschl. an der Münchner Universitäts-Frauenklinik (unter Geheimrat v. Winckel) eine Frequenz von 0,54%.

Für die Jahre 1897—99 einschl. fand sich keine Statistik für diese Klinik aufgestellt; um nur aber diese Lücke auszufüllen und die Vergleichsreihe vollständig zu erhalten, habe ich kurz außerhalb des Rahmens meiner Arbeit folgende Zahlen berechnet.

Jahr	Geburten-Zahl	Perfor.	Prozentzahl
1897	1149	4	0,35 %
1898	1240	8	0,6 %
1899	1350	11	0,82 %
1897/99	3739	23	0,62 %

Zusammenstellung:

1886—92:	0,54%
1892—96:	0,54%
1897—99 inkl.:	0,62%
1900—1905 inkl.:	0,68%

Demnach erschiene es fast, als stiege die Häufigkeit der Anwendung der Perforation stetig; indes ist hieraus kein Schluß auf die absolute Häufigkeit desselben zulässig, da sie naturgemäß in einer Klinik weit leichter angewendet werden kann als in der öffentlichen Praxis.

Wenden wir uns nun der Detailisierung dieser Fälle zu:

Anomalien des knöchernen Beckens machten die Kraniotomie nachweislich in 16 Fällen mittelbar oder unmittelbar nötig; meist waren es allgemein verengte Becken infolge kindlicher Rhachitis, in einem Falle kam dazu noch eine in Richtung gegen das Promontorium vorspringende Exostose an der Innenseite der Symphyse, welche die Conjugata vera auf 6,5 cm festsetzen ließ (XXXII).

In 11 von allen 49 Fällen war die Wendung ohne Erfolg versucht (= 22,4%), in 8 Fällen mit Erfolg (= 6,0%) ausgeführt worden.

Einen Versuch mit der Zange fand ich 12mal angegeben, was einem Prozentsatz von 22,5 entspricht.

Die Verengerung des Beckens hatte 3mal (6,1%) eine Vorderscheitelbein-Einstellung zur

Folge; 5mal, also in 10,2% der Fälle, lag bei verengtem Becken das Gesicht vor.

In 7 Fällen (14,3%) zeigten teilweise hochgradige Oedeme nicht nur der Genitalien, sondern auch der unteren Extremitäten, wie des Abdomens, eine künstliche Beendigung der Geburt als erforderlich an.

Abnorme Kontraktionen des Uterus — Kontraktionsringe bis über Nabelhöhe und ausgesprochene Tetania uteri — machten die Perforation des kindlichen Kopfes 11mal, d. i. in 22,4% der Fälle nötig; in 6 Fällen (12,2%) war das Kind bereits abgestorben; in 5 Fällen = 10,2% mußte man das Leben des Kindes opfern, um das der Mutter zu erhalten. Gerade diese Situationen bieten den juristischen und theologischen Disputationen die geeigneten Angriffspunkte.

Temperatursteigerungen ließen in 8 Fällen = 16,3% in Verbindung mit anderen schwerer wiegenden Momenten einen entscheidenden Eingriff zur Beendigung der gefährlichen Situation der Mutter erwünscht erscheinen.

11mal = 22,4% zeigte ein Prolaps der pulslosen Nabelschnur das Ableben des Kindes an und riet somit zur künstlichen Beendigung der Geburt.

In Fall XIV und XVIII war die Komplikation eines fötalen Hydrocephalus gegeben; im erstgenannten Falle stellten sich ca. 20 Stunden nach der Perforation desselben nochmals heftige Preßwehen ein, welche zur Spontanausstoßung des Kindes wie der Placenta führten.

Im Falle XVIII ging der Perforation die Wendung auf die Füße voraus. Wegen heftiger Blutung mußte die manuelle Lösung der Placenta erfolgen, wobei ein langer Riß in der linken Hälfte des Uterus konstatiert wurde. In diesem Zustand ward P. in die Klinik eingeliefert und hier die Perro'sche Operation mit bestem Erfolge ausgeführt.

Im Falle VII entdeckte man erst nach Perforation und Extraktion eines toten Kindes noch das Vorhandensein einer zweiten Frucht. Da die Entwicklung des Kopfes infolge der Enge des Mm. ohne Zerreissung desselben nicht möglich war, außerdem die Nabelschnur bereits pulslos vorlag, ward auch die zweite Frucht perforiert.

Der Fall XI bot eine schwere Komplikation durch eine sechstägige profuse, durch keine Mittel zu stillende Blutung. Bei Betrachtung der weiteren komplizierten Behandlung erscheint Sepsis intra partum keineswegs überraschend.

In 11 Fällen = 22,4%) war das Kind schon vor der Vornahme eines operativen Eingriffes, meist infolge Kompression der Nabelschnur abgestorben.

2mal fand ich völligen Stillstand der Wehen verzeichnet, während 5mal = 10,2% trotz heftigster, mehrtägiger und erschöpfender Wehentätigkeit die Geburt aus verschiedenen Ursachen nicht möglich war.

Mit Ausnahme eines einzigen Falles waren sämtliche Kinder ausgetragen, 4mal war die Frucht bereits der Maceration verfallen, was 1mal die Dekapitation verursachte.

Die Gewichte schwankten zwischen 2200 und 4460 g. Die Maße bewegten sich zwischen 47 cm Länge (nicht ausgetragen) und 59 cm, doch treffen die jeweiligen Endzahlen nicht auf dasselbe Individuum zusammen.

Von den 49 Müttern waren 24 Erst-, 8 Zweit-, die übrigen 17 Mehrgebärende, darunter je 2 Sechs- und Achtgebärende. Von den letzteren wiederum hatte die erste 6 völlig normale Geburten und 1 mit Perforation beendigte überstanden. Die zweite der beiden Achtgebärenden hatte 7 normale Geburten durchgemacht.

Die Ausführung der Operation war in einigen Fällen recht mühsam. Im Falle XXXVIII, über dessen Verlauf leider nur Skizzen aufgenommen sind, mußte nach Perforation des Kindes wegen Uterusruptur die Laparotomie angeschlossen werden. Nach wenigen Stunden trat Exitus letalis ein.

Der Fall XXV war nach dem anatomisch-pathologischen Zustand der P. — Lordose der Rückenwirbelsäule, Kyphose der Lendenwirbelsäule und rhachitischer Thorax — sowie anamnestisch in seiner Prognose ziemlich infaust. Nach zwei vergeblichen Wendungsversuchen traten bereits Oedeme und ein Kontraktionsring auf. Nach Perforation des Kopfes gelang es, einen ersten Collaps zu überwinden. Es konnte die Extraktion vorgenommen werden. Nach wenigen Stunden führte ein zweiter Collaps den Exitus letalis herbei.

Endlich war auch im Falle XI nach 6tägiger Blutung, die selbst durch eifrige Tamponade nicht gestillt werden konnte, im Uterus putride Zer-

setzung der Coagula ein und diese führte eine allgemeine Sepsis herbei.

In den übrigen 25 Fällen ward 16mal die Wendung probiert, 12mal ein Versuch mit der Zange gemacht; während der Extraktion trat bei einem Kinde, das bereits stark maceriert war, die Trennung des Kopfes vom nachfolgenden Rumpfe ein. —

Wiederholt auftretende Dammrisse wurden durch die Naht geschlossen. In den meisten Fällen wurde die Placenta spontan geboren, wo dies nicht der Fall war, nach Crédé exprimiert; in 2 Fällen mußte die manuelle Lösung derselben wegen diffuser Blutung erfolgen.

Was endlich den Verlauf des Wochenbettes betrifft, so war er bei 34 Wöchnerinnen völlig normal, also in $^2/_3$ aller Fälle; 5mal finde ich Schüttelfröste notiert; 3mal trat Cystitis ein, einmal Thrombose am Oberschenkel, im Falle XXI endlich war das Puerperium wesentlich kompliziert durch eine sehr bösartige Pneumonie und septische Parametritis, bis sogar nach 1 Monat im Lochialfluß Diplococcen und Gonococcen nachgewiesen werden konnten. Leider ist der Tag der definitiven gesunden Entlassung nicht im Journale eingetragen worden.

Endlich mag hinsichtlich der aus obigen Tabellen zu entnehmenden Abnahme der Häufigkeit der Perforationen noch die Angabe von Interesse sein, daß anno 1905 in der Münchner Klinik 4 Fälle von Pubeotomie ausgeführt wurden.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich noch mit besonderer Erlaubnis des Herrn Geheimrats

v. Winckel aus dessen soeben verausgabtem „Handbuch der Geburtshülfe“ München 1906 einen größeren, sehr interessanten Vergleichsartikel: „Ueber die Häufigkeit der Kraniotomien in verschiedenen Ländern und Anstalten“ entnehmen.

Es ist hier zunächst eine Arbeit von Walthard wiedergegeben, eine Statistik über die Frequenz der Kraniotomien, in einem begrenzten Bezirke aus den Jahren 1892—96; darnach soll diese im Vergleich zu der gesamten Geburtsfrequenz nicht wesentlich abgenommen haben.

Jahr	Totalzahl der Geburten	Totgeburten	Kraniotomien	Dekapitat. u. Embryotom.	Totgeburten in ‰	Kraniotomie		Dekapitat. u. Embryotom.	
						in ‰ der Geburten	in ‰ der Totgeburten	in ‰ der Geburten	in ‰ der Totgeburten
1892	86,565	3,140	36	5	36,40	0,42	11,46	0,058	1,59
1893	88,100	3,203	56	2	36,36	0,64	17,48	0,023	0,65
1894	87,317	3,175	51	4	36,36	0,58	16,06	0,046	1,26
1895	88,184	3,211	51	3	36,41	0,58	15,88	0,034	0,93
1896	91,673	3,246	54	1	35,41	0,59	16,64	0,011	0,31
1892/96	441,539	15,975	2.48	15	36,18	0,56	15,52	0,034	0,94

Die Häufigkeit der Dekapitationen und Embryotomien im Vergleich zu der Gesamtzahl der Geburten hat in den Jahren 1892—96 fast ununterbrochen von 0,058 auf 0,011‰ abgenommen, dagegen ist das Verhältnis zwischen Kraniotomien und Gesamtzahl der Geburten ungefähr gleich geblieben.

Aus obiger Betrachtung geht weiter hervor, daß auf 441 539 Geburten 15975 Totgeburten tra-

fen und daß hievon nur 248 durch Kraniotomie beendet wurden; in diese Zahl teilen sich wieder die Kliniken mit 80 Fällen und die Privatärzte mit 168 Fällen.

Was die Häufigkeit der Kraniotomien am lebenden Kinde betrifft, so möchte ich folgende Tabelle zum Vergleiche heranziehen, die sich ebenfalls in dem genannten Buche findet.

München: Von 49 Kraniotomien wurden 5 am noch lebenden Kinde ausgeführt = 10,2%.

München:	5 : 49	= 10%
Leipzig:	21 ×	
Wien:	72 : 232	= 31%
Berlin:	45 : 233	= 19%
Halle:	20 : 80	= 25%
Budapest:	20 : 46	= 43%
Dresden (1883—87):	34 : 71	= 48%
Dresden (1887—92):	41 : 131	= 34%
Berlin-Charité:	91 : 168	= 48%

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht versäumen, allen meinen verehrten Herren Lehrern, besonders aber Herrn Geheimrat von Winckel für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die dazu geleistete Unterstützung und Ueberlassung des Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe.
2. American Textbook of obstetrics.
3. Webster's Textbook of obstetrics.
4. Hirst's Textbook of obtetrics.
5. Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe.
6. Runge, Lehrbuch der Geburtshilfe.
7. Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
8. Martin A., Lehrbuch der Geburtshilfe.
9. Romanowsky, über Entwicklung der Anzeigen zur Perforation I. D. Berlin 1900.
10. Bloebaum, über Kranioklasie, I. D. Bonn 1902.
11. Noesske, Zerstückelungs-Operationen, I. D. Greifwald 1904.
12. Steiner Viktor, Perforation und Kranioklasie, I. D. München 1897.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Yasuzo Karaki, wurde geboren am 21. September 1870 zu Ina, Kreis Nagonoken in Japan, als Sohn des Gutsbesitzers Masayemon Karaki, welcher jetzt 82 J. alt ist, und seiner Ehefrau Nui Karaki, welche vor 16 Jahren an Gehirnblutung starb. Nach dem Besuche der Volksschule zu Ina trat er April 1887 in das Kei-o-giziku zu Tokio ein. Nach 2 Jahren besuchte er das Noringakko-Yobiko zu Tokio und absolvierte endlich Mai 1893 seine Gymnasialstudien am Hokumeigakko zu Sapporo. Von Juni 1893 bis Juli 1895 bekleidete er die Stelle eines Redakteurs in der politischen Zeitung Schinanonippo. Juli 1895 bis November 1899 lag der Verfasser seinen ersten medizinischen Studien an der Medizinischen Akademie zu Chiba ob; Dezember 1899 promovierte er als praktischer Arzt. Nach einjähriger Tätigkeit als Quarantäne-Arzt im Kreise Hyogoken wurde er Vicedirektor am Minami-Spital im Kreise Fukuschima. Im Juni 1901 ging Verfasser nach Amerika, promovierte hier als praktischer Arzt in Kalifornien. Juni 1901 bis September 1904 arbeitete

er bei Herrn Dr. White, dem Direktor des Sacramento-county-Spitals, über spezifische Chirurgie der Eingeweide. Hier gründete er auch eine eigene Privatabteilung auf Grund seiner allgemeinen Praxis.

Oktober 1904 reiste Verfasser über England nach Deutschland und ließ sich an der Münchener Universität für das SS. 1905 immatrikulieren. Hier widmete er sich hauptsächlich dem Studium der Pathologie, Gynaekologie und Tokologie und verfaßte auf Grund derselben vorliegende Arbeit.